

אמפתיה בפסיכותרפיה כפי שהיא משתקפת בסכמות קוגניטיביות פונקציונליות של מטפלים ומטופלים טלי שימקין, יעל אידיסיס ויובל וולף

המחקר נועד להעמיד לבחינה כמותנית-ניסויית את האופן שבו אמפתיה נתפסת בפסיכותרפיה בקרב הנוגעים בדבר, בעיקר מטפלים, באמצעות מסגרת מושגית שהציעה התאוריה הפונקציונלית של קוגניציה. במסגרת זו, המוגדרת באופן ביצועי על-ידי שיטת המדידה הפונקציונלית, נבחנה סכמה קוגניטיבית פונקציונלית של תפקיד האמפתיה בפסיכותרפיה. הרכיבים האמורים להיכלל בסכמה כזו הוגדרו על בסיס תשתית תאורטית המיוסדת על המשגות פסיכולוגיות רווחות. במחקר השתתפו 71 מטפלים ו-21 מטופלים, ונערכו שישה ניסויים. בניסויים 1-3, שבהם השתתפו מטפלים, נבדקו שלושה רכיבים של סכמה קוגניטיבית פונקציונלית האמורה לשקף את תפיסותיהם של הנוגעים בדבר – יכולתו של המטפל להתבונן במציאות דרך עיני המטופל, מוטיבציה של המטפל לקיים תקשורת אמפתית וקבלת המטופל על-ידי המטפל – שלושתם אפיונים של מטפל. לשלושתם הוקנתה חשיבות ניכרת, ומשקלם היחסי היה בסדר גודל שווה. נוסף על כך, נמצא אפיון ברור של אי-תלות ביניהם. בניסויים 4-6, שמשותפתיהם היו מטפלים ומטופלים, נכללו שני רכיבים המתייחסים למטפל ולמטופל – יכולתו של המטפל להתבונן במציאות דרך עיני המטופל ונכונותו של המטופל לקבל התייחסות אמפתית

* ד"ר טלי שימקין, המכללה האקדמית בית ברל.

דואר אלקטרוני: talishu@netvision.net.il

ד"ר יעל אידיסיס, המחלקה לקרימינולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן.

דואר אלקטרוני: idisisy@biu.013.net.il

פרופ' אמריטוס יובל וולף, אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן, וראש החוג לפסיכולוגיה, המכללה האקדמית אשקלון.

דואר אלקטרוני: yuval.wolf@biu.ac.il

מצד המטפל. נמצאה תלות בין שני הרכיבים הללו וכן ייחוס חשיבות מיוחדת ליכולת אמפתית של המטפל. מוצע לראות במאמר זה ובממצאיו אבני דרך למחקר כמותני הן של אמפתיה ככלי טיפול והן של האופן שבו עניינים הכרוכים בפסיכותרפיה נתפסים בקרב מטפלים ומטופלים.

מילות מפתח: אמפתיה, פסיכותרפיה, יחסי מטפל-מטופל, סכמה קוגניטיבית פונקציונלית

לפי קוהוט (Kohut, 1973, 1981), אמפתיה היא כוח המחבר בין בני אדם אף יותר מאהבה. יש בה משום מחסום בפני הרס הדדי, והיא הדרך לשלום בין יחידים ובין קבוצות. בדרך זו האדם אוסף נתונים פסיכולוגיים על אדם אחר ומתאר לעצמו בדמיונו את חווייתו הפנימית, גם כאשר היא אינה ניתנת לתצפית ישירה. דרך אמפתיה ניתן לקלוט באחת תצורות פסיכולוגיות מורכבות, שבלעדיה אפשר להגדירן רק באמצעות איסוף אינטנסיבי ושיטתי של מידע, העלול להיות מעבר ליכולתו של המטפל (Kohut, 1966).

רוג'רס (Rogers, 1975, 1980) התייחס לאמפתיה כיכולת של האדם לתפוס באופן מדויק את מסגרת ההתייחסות הפנימית של הזולת, על הרכיבים הרגשיים ומשמעויותיהם, כאילו הוא האחר. תפיסה כזו מדגישה התייחסות חיובית (Farber & Doolin, 2011). ברגר (Berger, 1989) הגדיר אמפתיה כיכולת לשים את עצמנו בנעלי הזולת ולחוות את חווייתו מבחינה קוגניטיבית ורגשית. באופן דומה, לפי בואי (Buie, 1981), אמפתיה היא תהליך שבו אדם צופה בהתנהגות הזולת, מנסה להיזכר בחוויות שיכלו להובילו להתנהגות דומה לזו של הזולת אילו ביטא אותן בעצמו ומסיק מסקנות באשר לחוויה הפנימית של הזולת. לפי גולמן (1997), ככל שאדם פתוח יותר לרגשותיו, כך הוא מיומן יותר בקריאת תחושות הזולת.

ביליקופף (Billikopf, 2004) טען שהקשבה אמפתית מאפשרת לדובר להתחיל להקשיב לעצמו בנוכחות אדם אחר ובו-בזמן לפתור את הבעיה העומדת בפניו בכוחות עצמו. האדם מאפשר כך לזולתו לבטא בכנות את רגשותיו ולהבין טוב יותר את עצמו ואת בעיותיו. וינסלייד ומונק (Winslade & Monk, 2000) הדגישו את הצורך להפגין עניין וסקרנות אותנטיים ולאפשר לזולת להגיע להבנה ולפתרון בכוחות עצמו. לאמפתיה יש אפוא משמעות רבה הן בחיי היום-יום והן בפסיכותרפיה.

אמפתיה במסגרת פסיכותרפיה

קוהוט (Kohut, 1981, 1984) הגדיר אמפתיה כיכולת של הפרט לחשוב ולהרגיש את עצמו כבתוך חייו הפנימיים של אדם אחר בלי לאבד את היכולת להעריך באופן אובייקטיבי את מצבו הנפשי של הזולת. בעיני קוהוט, האמפתיה רלוונטית ליחסי גומלין אנושיים

רק אם תוצאתה היא תגובה או פעולה. אדם המסוגל להיכנס לנעלי הזולת ולראות את העולם דרך עיניו, יגיב תגובה אותנטית, מדויקת ומתאימה.

לדאני ועמיתיו (Ladany, Walker, Pate-Carolan, & Gray Evans, 2008) התייחסו לאמפתיה כאל יכולתו של אדם להבין אדם אחר כאילו מדובר בו עצמו. לטענתם, אין זה מספיק לחוש אהדה או צער כלפי המטופל. אמפתיה במהותה מבוססת על הרעיון שהמטפל ייכנס לנעלי המטופל בנסיבות חייו המסוימות. ככל שיוכל להתקרב לשם יותר, כך יוכל להיות אמפתי יותר. חוויית אמפתיה מצד מטפל מעורב ומחויב מאפשרת למטופל לחשוף חוויות משמעותיות ותכנים רגשיים עמוקים, והיא משמשת בסיס להתרחשותן של חוויות אישיות ובינ-אישיות חדשות של המטופל (Angus & Hardtke, 2006; Castonguay, 2005; Pachankis & Goldfried, 2007). התייחסות אמפתית כלפי שינוי שהמטופל חווה מחזקת את חווייתו ואת משמעותה (Hardtke & Angus, 2004), מעודדת אותו לגלות תובנות חדשות (Angus & Hardtke, 2006; Castonguay & Hill, 2006) ומסייעת לו לחשוף היבטים חיוביים חדשים על זהותו (Goldfried, 2003).

לפי טוך (Tuch, 1997), הגורם המרפא הכרוך באמפתיה הוא העשרת יכולתו של המטופל להבין את עצמו. יובל (2001) הוסיף כי אמפתיה קושרת מטפל ומטופל בהבנה רגשית, ותקשורת אמפתית ביניהם מטפחת בהדרגה יכולת אמפתית מצד המטופל כלפי הסובבים אותו. אוגדן (2003) ציין כי אמפתיה היא תהליך פסיכולוגי המתרחש במסגרת דיאלקטית של להיות ולא להיות הזולת. במסגרת זו, שוויניקוט (Winnicott, 1971) כינה "המרחב הפוטנציאלי", הפרט משתעשע ברעיון של היות הזולת, בשעה שידוע לו כי אינו כזה. אפשר למדוד וללבוש הזדהות אחת ואז אחרת, כלומר לשחק באופנים שונים עם ההרגשה של היות הזולת, וכך ניתן לפרקים להיות הזולת בלי לאבד בתוכו את עצמי.

לפי אליוט ועמיתיו (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2003), אמפתיה נובעת מעמקי חווייתו של המטפל ומתפתחת בתהליך של צמיחה אישית ומקצועית גם יחד. חשוב מאוד להפנים גישה של אידיעה (not knowing), כלומר לא לדעת בדיוק מה המטופל חווה, על מנת שיוכל להפתיע את המטפל ואת עצמו. על המטפל להגיע אל יחסי הגומלין כלוח חלק בכל פעם מחדש, ועליו להימנע מציפיות, מאבחנות, מתובנות ומרעיונות קודמים. קיין (Cain, 2007) טען כי תגובות אמפתיות מיטביות מתרחשות כאשר המטפל מגיע לכל שיחה מחדש באוזניים ובעיניים רעננות. העדר מיומנות ביישום אמפתיה בטיפול עלול אפוא לפגום בהצלחת הטיפול (Gamino & Ritter, 2012). מיומנות כזו אמורה להיות רלוונטית גם לשיטות טיפול אחרות, כגון טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (Cognitive Behavioral Treatment – CBT) (Flynn, 2011). מעבר להבדלים בין הגישות השונות, הבסיס המשותף להגדרות של אמפתיה ולשימוש בה, כפי שנסקרו למעלה ועל סמך סיכומים מקיפים ועדכניים של תוצאות מחקרים (Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011; Farber & Doolin, 2011), הוא היכולת להיכנס לעולמו הפנימי של המטופל, עד כמה שניתן, ולחוות אותו כפי שהוא

חווה אותו. מחקר זה מבקש לבחון תפיסות של מטפלים ומטופלים בנוגע לאמפתיה של המטפל כלפי המטופל באמצעות סכמה קוגניטיבית פונקציונלית. מדובר בצירוף ייחודי של המשגה ומדידה, האמורות לשקף את האופן שבו המציאות הטיפולית מקודדת אצל הנוגעים בדבר.

אמפתיה כסכמה קוגניטיבית פונקציונלית של המעורבים בפסיכותרפיה

כפי שמשמע מן הנאמר, אמפתיה היא כותרת לאוסף של התכוונות, אמירות ופעולות המתייחס לחלק מן התקשורת בין מטפל לבין מטופל. אצל כל אדם מתבצע סיווג ספונטני של חוויות, שהוא תופס כשייכות לתחום תוכן נתון במציאות המובחן מתחומי תוכן אחרים, מה שמכונה "סכמה קוגניטיבית פונקציונלית" עלידי התאוריה הפונקציונלית של קוגניציה (Anderson, 1996, 2008, 2013). באמצעות המתודולוגיה הנגזרת מן התאוריה, שיטת המדידה הפונקציונלית, הועמדו למבחן השערות רבות המתייחסות לתוקף אמפירי של ההמשגה הפונקציונלית ולהיבטים שונים של המשגה זו. באופן מיוחד נבחנו כמה עניינים בסיסיים, כגון הנחת היסוד שכל מציאות הרלוונטית עבור הפרט מופשטת למספר קטן (לרוב שניים) של רכיבי סכמה, האמורה לייצג את המציאות הזאת במערכת הקוגניטיבית שלו (ראו סיכומי ספרות אצל Anderson, 1996, 2008; Wolf, 2001, 2002).

סכמה קוגניטיבית פונקציונלית אמורה להתייחס למורכבותה של המציאות הנדונה, כלומר לפרמטרים, לממדים ולרכיבים הרלוונטיים שלה. ואולם, אין מדובר כלל ועיקר בהוויה קוגניטיבית המחקה את המציאות על מורכבותה, אלא בהוויה הממיינת, מסננת ומשקללת את הרכיבים השונים. לאחר הסינון וההתגבשות של סכמה בעניין נתון אצל פרט נתון מתקבל מספר מצומצם של רכיבים, שהם המשמעותיים והחשובים ביותר לאותו פרט.

ההמשגה והמדידה הפונקציונלית נועדו לתת מענה מושגי ומתודולוגי לכל שאלה המתייחסת לאופן שבו מציאות משמעותית מיוצגת עבור הפרט במערכת הקוגניטיבית שלו. אחת ההבחנות האפשריות בין סוגי מציאות היא בין מציאות שמשמעותה החברתית היא שלילית, כגון מציאות המשתקפת בסכמות של אשמה (לדוגמה, Wolf, 2001), לבין מציאות אחרת שמשמעותה החברתית היא חיובית, כגון בסכמות של עזרה לזולת.

במטרה לחקור סכמות קוגניטיביות פונקציונליות המתייחסות לעניינים חיוביים שבין אדם לרעהו, מחקר זה מיישם את ההמשגה הפונקציונלית בתחום של אמפתיה בהקשר טיפולי, קישור שלא נעשה עד כה. כאמור, הספרות העוסקת בתאוריה הפונקציונלית של קוגניציה (לדוגמה, Anderson, 2008, 2013) מגדירה סכמה קוגניטיבית פונקציונלית ככל תחום שהוא כמנגנון המקודד בתוכו מידע רלוונטי במיוחד למציאות נתונה במסגרת של מספר קטן של רכיבי סכמה. האמור ברישא של מאמר זה מדגיש כמה רכיבי סכמה, המתורגמים בהקשר זה למינוח המתאים לתאוריה הפונקציונלית של קוגניציה.

שני רכיבים הבולטים במיוחד בסכמה הקוגניטיבית הפונקציונלית הנדונה כאן הם יכולת של מטפל ליישם גישה אמפתית לצורך תקשורת עם מטופל והמוטיבציה שלו ליישמה. ניתן לייצג את המקום המרכזי של יכולת ומוטיבציה באמצעות היגדים של שניים מן החוקרים הבולטים ביותר בספרות הרלוונטית. על-פי קוהוט (Kohut, 1984), היכולת להתבונן במציאות דרך עיני המטופל היא חיונית ביותר בטיפול. המטפל מחפש דרך לעולמו הפנימי של המטופל, מנסה להבין את חווייתו האותנטית ומנסה לקשור אותה לצרכים, לכוחות ולדינמיקה תוך-נפשית. באשר לרכיב השני של הסכמה הנדונה הדגיש רוג'רס (Rogers, 1951, 1980) כי המוטיבציה של איש מקצוע לתקשר באופן אמפתי במהלך מפגש טיפולי היא חשובה מאוד, שכן היא אחראית לגישתו ולתגובותיו כלפי המטופל ולנוכחותו המשמעותית במהלך המפגש.

על בסיס זה משוער כי ניתן לבחון תקשורת אמפתית בהקשר של פסיכותרפיה באמצעות מינוח הנגזר מהמשגה קוגניטיבית פונקציונלית. בשלב ראשון של בחינה כזו (ניסוי 1) נבדקה אצל העוסקים בפסיכותרפיה סכמה הכוללת את שני הרכיבים שצוינו: 1. יכולת להתבונן במציאות דרך עיני הזולת; 2. מוטיבציה לבצע תקשורת אמפתית. במונחי התאוריה הנדונה ניתן לייצג פונקציה זו באמצעות נוסחה 1.

(נוסחה 1): אמפתיה = יכולת \oplus מוטיבציה

הסימן \oplus בנוסחה מייצג מיזוג בין רכיביה של סכמת האמפתיה במונחי התאוריה הפונקציונלית של קוגניציה (Anderson, 1996, 2008). נוסחה 1 מייצגת תהליך של מיזוג מידע במערכת הקוגניטיבית של המטפל. מדובר בתהליך קוגניטיבי המפעיל באופן ספונטני פונקציה פשוטה, המיוצגת בנוסחה 1 באמצעות הסימן \oplus , כדי להתמיר את תוצר המיזוג של יכולת ומוטיבציה למונחים של תגובה פנימית המוסבת לתגובה בת-צפייה. התהליך הקוגניטיבי המשולב מתייחס להווייה חברתית, אמפתיה בהקשר הנדון כאן. תהליך המיזוג האלגברי הוא מיצוע בין פיסות מידע המתייחסות לשני הרכיבים של סכמת האמפתיה הנדונה – יכולת ומוטיבציה. נוסחה 1 מבטאת אפוא השערה שיכולת ומוטיבציה הן פונקציה מיזוגית (\oplus), הנושאת אופי אלגברי פשוט של מיצוע בין שני הרכיבים הללו, על בסיס מידע כמותי בדבר הדרגה של כל אחד מהם בכל אחד מתאי המודל הניסויי (ראו הגדרה ביצועית בפרק הבא).

הספרות שנסקרה למעלה מצביעה על השיבות האמפתיה של המטפל כלפי המטופל במהלך פסיכותרפיה. נובע ממנה כי לכל מטפל אמורה להיות סכמה קוגניטיבית של אמפתיה, המתגבשת במהלך הכשרתו, התמחותו והתנסותו בטיפול. כאמור, המונח "סכמה" נועד לייצג ישות קוגניטיבית, שבמסגרתה מתבצעים תפיסה ועיבוד של מידע רלוונטי במהלכו של טיפול והיא מספקת מפת דרכים בהקשר הנדון. מדובר בעיקר בשני יסודות הנגזרים במפורש מן הספרות הרלוונטית – יכולת ליישם גישה אמפתית במהלך מפגש טיפולי ומוטיבציה לעשות זאת.

שני רכיבים אלו הודגשו גם בשיחות מקדימות עם שישה מטפלים העוסקים בפסיכותרפיה, וכל אחד מהם נשאל מה הם התנאים החשובים ביותר ליישום מוצלח של אמפתיה במהלך מפגש של פסיכותרפיה. כל אחד מן המטפלים ציין שיכולת ומוטיבציה הן שני רכיבים הקובעים את סיכויי הצלחתה של כל שיטת טיפול פסיכולוגי, והם ישימים באותה מידה גם לעניין האמפתיה. חיזוק לבחירה בסכמה בסיסית שרכיביה הם יכולת ומוטיבציה התקבל גם מתוך השיחה המקדימה עם כל משתתף במחקר עצמו, כפי שמדווח בחלק האמפירי של המחקר.

שיטת המדידה הפונקציונלית

שיטת המדידה הפונקציונלית שימשה בסיס להגדרה ביצועית של ההשערות שהובילו מן המבוא אל ניסוי 1 וממנו אל ניסוי 2 ואל הניסויים שאחריהם. השיטה רואה בכל משתתף עולם פסיכולוגי מלא העומד בפני עצמו (Finney, Rapoff, Hall, & Christophersen, 1983; Shadish, Cook, & Campbell, 2002; Sharenow, Fuqua, & Miltenberger, 1989). השיטה מאפשרת להפיק כמה אפיונים בסיסיים של כל סכמה קוגניטיבית ושל סכמת אמפתיה בפרט. חשוב במיוחד הוא המשקל היחסי המוקנה לרכיביה של הסכמה – יכולת ומוטיבציה. במקרה זה, כאשר מדובר בשני היסודות הללו והיכולת מוגדרת כיסוד הראשון, הרי שמוטיבציה, היסוד השני של הסכמה, היא החלק המשלים של השונות הרלוונטית. הפקה שיטתית של מידע על סכמת אמפתיה בקרב מטפלים שהתמחותם פסיכותרפיה עשויה להתוות דרך למחקר כמותני על אודות האופן שבו אמפתיה נתפסת בהקשר של פסיכותרפיה בקרב מי שאמורים ליישמה.

סדרת ניסויים במסגרת של שיטת המדידה הפונקציונלית

בהתאם למסורת הניסויית בתחום, סכמת אמפתיה בהקשר טיפולי אמורה להיבחן מהיבטים שונים במסגרת של סדרת ניסויים. בסופו של כל ניסוי מועלית השערה הנובעת מן התשובה האמפירית שסיפקו תוצאותיו, והשערה זו משמשת בסיס לתכנונו של הניסוי הבא. במחקר זה נעשו שישה ניסויים. ההשערה הראשונה, בדבר סכמת אמפתיה מאוזנת, נבדקה בניסוי הראשון בסדרה.

ברישא של מאמר זה הובהרה מהותו הייחודית של המונח הפסיכולוגי "סכמה קוגניטיבית פונקציונלית". מדובר במנגנון האמור לאפשר להפיק ייצוג קוגניטיבי של כל מציאות נתונה במוחו של הפרט, כבסיס לתגובה הולמת למתחייב מן המצב. סכמה כזו, בכל מציאות וגם בהקשר של אמפתיה, אמורה להשתקף באמצעות פרמטרים המופקים בשיטת המדידה הפונקציונלית, בייחוד הפרמטר שנועד לייצג את המשקל היחסי המוקנה לכל אחד מרכיביה במהלך העיבוד של מידע רלוונטי וזמין. השיטה נמנית עם הגישה המתודולוגית הקרויה "חקר ניסויי של מקרה יחיד" (experimental)

case study). כמתואר בהמשך, היא מחייבת חשיפה של כל משתתף לפסיפס של תיאורי מצב, שכל אחד מהם הוא צירוף מסוים של דרגות הרכיבים של הסכמה הנחקרת, וכולם יחד מאפשרים להפיק ייצוגים שונים שלה.

מדידה פונקציונלית מחייבת חשיפה של כל משתתף למספר גדול של תנאי ניסוי. מבט מקיף בהתפתחות המחקר הפסיכולוגי החברתי מלמד כי שיטה זו הופכת כל משתתף לעולם ניסויי מלא. המשתתף נחשף במהלכה לכל התנאים של המודל המספק הגדרה ביצועית להשערה שביסוד כל אחד מן הניסויים. בכך נפתרת בעיה שנדונה רבות בספרות המחקר הפסיכולוגית, הנובעת מכך שבמחקרים קלאסיים, קבוצה שונה של בני אדם נחשפת לכל אחד מן התנאים המושוים (קבוצת ניסוי וקבוצת ביקורת, או כמה קבוצות של משתתפים שכל אחת מהן היא בחזקת קבוצת ניסוי וקבוצת ביקורת לעומת הקבוצות האחרות).

חשיפת משתתף אחד לכל התנאים הללו פותרת אפוא בעיה קשה במיוחד הכרוכה בשיטה הקלאסית, הנובעת מעיסוק של הפסיכולוגיה באדם כפרט, מעבר לתנאים השונים המתייחסים אליו. מבחינה טכנית, השוואה בין תגובות של אותו אדם, ולא של אנשים שונים, לתנאים השונים של הגרייה הניסויית מאפשרת להניח שרוב הפרמטרים האחרים, או אף כולם, הם שווים, שהרי מדובר באותו אדם.

תכנון כזה כולל אפוא סדרת ניסויים המהווה מעין פסיפס, שנועד לאפשר תשובה מקיפה יחסית על שאלת המחקר. שיטה זו מקובלת ביותר במחקר פסיכולוגי. עם זאת, ראויה לציון שיטה מיוחדת שנקטה במחקר זה, והיא יצירת חפיפה חלקית בין המדגמים. מדובר בהצבת מקצת משתתפי ניסוי 1 כמשתתפים גם בניסוי 2, הצבת מקצת משתתפי ניסוי 2 כמשתתפים בניסוי 3, וכך בכל שורת הניסויים. הדבר אמור להגביר במידה ניכרת את יכולת ההשוואה בין המדגמים בניסויים השונים הכלולים במחקר. בכל ניסוי כזה נבחנת ההשערה (השערת האפס) ששני חלקי המדגם – המשתתפים החדשים והמשתתפים הוותיקים – הם מדגמים בלתי תלויים השייכים לאותה אוכלוסייה. במבחן t למדגמים בלתי תלויים לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין שתי הקבוצות, כלומר השערת האפס לא נדחתה, והתקבלה תמיכה להנחה שדגימת המשתתפים של הניסויים השונים הייתה מאותה אוכלוסייה. כדי למזער אפשרות של גרירת תגובה מניסוי לניסוי בקרב מי שהשתתפו ביותר מניסוי אחד, נשמר פער של חודש לפחות, אך לא מעבר לכך, בין ניסוי אחד למשנהו.

השערת ניסוי 1

על בסיס האמור למעלה, משוער כי סכמת אמפתיה אצל מטפל העוסק בפסיכותרפיה, המתייחסת ליישום אמפתיה בהקשר טיפולי, אמורה לשקף איזון במוחו של המטפל בין שני רכיביה הבסיסיים – יכולת ומוטיבציה. במונחי מדידה פונקציונלית (Anderson, 2001; Wolf, 2001) מדובר בשקלול יחסי שווה בקירוב של שני הרכיבים הללו. ראוי

לציין שלפי הספרות הרלוונטית, סכמה מאוזנת אמורה לשקף מתכונת בסיסית של הקוגניציה. כך, למשל, מצאו מחקרים רבים איזון בין כוונה ונוק במסגרת של סכמת האשמה בגין עברות שונות (Bar-Eli, Shimkin, & Wolf, 2010; Wolf, 2001) ובתחום של עזרה לזולת (Laskov-Peled & Wolf, 2010). על-פי המקובל בתחום, נבדקה ההשערה בדבר סכמת אמפתיה מאוזנת בניסוי 1, כבסיס לפיתוח מהלך כולל של סדרת ניסויים לבחינת סכמת האמפתיה בהקשר טיפולי מהיבטים שונים. בסופו של כל ניסוי הועלתה השערה שנבעה מן התשובה האמפירית שסיפקו תוצאותיו, והיא שימשה בסיס לתכנון של ניסוי נוסף.

ניסוי 1: תפיסת אמפתיה כפונקציה של יכולת ומוטיבציה

משתתפים

בניסוי 1 השתתפו 36 אנשי טיפול העוסקים בפסיכותרפיה. 4 מהם נשרו בשל קשיי כיוול שהשתקפו בקיצוץ טווח (cutting of range), כלומר שימוש במספר קטן (3 לכל היותר) של דרגות בסולמות הדירוג של תרחישי הניסוי. במדגם נותרו אפוא 32 משתתפים, 26 נשים ו-6 גברים, בני 27–59 ($M = 41.44, SD = 8.93$), מומחים בעלי תואר שני לפחות, בעלי ניסיון של 3–36 שנים ($M = 12.38, SD = 8.68$) בפסיכותרפיה, המזוהים עם גישות טיפול שונות – בעיקר גישה דינמית, גישה קוגניטיבית או גישה אקלקטית. מכלל המשתתפים, 12 היו פסיכולוגים קליניים, 10 היו קרימינולוגים קליניים ו-10 היו עובדים סוציאליים קליניים. כל המשתתפים בניסוי עבדו עם מגוון של אוכלוסיות מטופלים, לרבות ילדים, בני נוער, עברייני מין, אסירים ואסירות לשעבר, נכי צה"ל, לוקים בנפשם (המטופלים במסגרות בריאות הנפש) ומבוגרים מן הציבור הרחב.

כלים והליך

במחקר היו שני שלבים: שיחה מקדימה וניסוי. בשיחה המקדימה התבקש המשתתף לאפיין את גישתו לטיפול, להתייחס למונח אמפתיה, להגדיר מה היא אמפתיה, לציין אם לדעתו נחוץ לנקוט גישה אמפתית כלפי המטופל, ואם כן – לציין מה תפקידה של אמפתיה בטיפול, מתי רצוי לנקוט אותה ולאילו מטרות. המשתתף התבקש לתאר בשיחה זו כיצד התופעה נתפסת בעיניו, אילו רכיבים הוא כולל בה ומה מידת החשיבות שהוא מייחס להם ולהסביר את המניעים ואת הנסיבות להפעלתה מנקודת מבטו. במצבים שבהם ביקשה הנסיינית (קרימינולוגית קלינית) לקבל מידע נוסף, המשתתף השיב על שאלות ממוקדות יותר. דבריו של כל משתתף תועדו בכתב לאחר שהסכים לכך, והם עובדו בהמשך באמצעות ניתוח תוכן (שקדי, 2003).

בשלב השני בוצע החלק הניסויי של המחקר, שנועד לאבחן אצל כל אחד מן המשתתפים אפיונים של סכמת אמפתיה בשיטת המדידה הפונקציונלית של סוגיות

טיפול שונות. על יסוד ההנחה שמדובר בתופעה רציפה הוצגו תשעה אירועים. מספר זה הוא תוצר הצירופים של שלוש דרגות הסולם בכל אחד משני הרכיבים (3 דרגות יכולת \times 3 דרגות מוטיבציה).

בניסוי הוצגו בפני כל משתתף תשע התרחשויות אפשריות של תקשורת בהקשר טיפולי, ובכל אחת מהן הוגדרה דרגה (אחת מתוך שלוש: 1 – מועטה, 2 – בינונית או 3 – רבה) של מוטיבציה ודרגה (אחת מתוך שלוש: 1 – מועטה, 2 – בינונית או 3 – רבה) של יכולת. המספר הכללי של תאי המודל הניסויי שכל משתתף נחשף אליו הוא כלל הצירופים האפשריים בין מספר הדרגות של שני רכיבי המודל, האמור להפיק ייצוג של סכמה קוגניטיבית פונקציונלית של אמפתיה (3 דרגות יכולת \times 3 דרגות מוטיבציה = 9 צירופים). הבחירה ב־3 דרגות להצגת כל אחד משני הרכיבים בניסוי 1 מאפשרת מדידה פונקציונלית. הצגת 2 דרגות לכל רכיב אינה מאפשרת להתוות קשר פונקציונלי בין גירוי לבין תגובה. יתר על כן, מודל שיש בו רק 2 דרגות לכל רכיב בסכמה (2 \times 2) הוא פשוט במידה העלולה להניב תמונה אמפירית, שאינה מייצגת היטב את הסכמה הנמדדת. מודל מסובך יותר, שיש בו 4 דרגות בכל רכיב של הסכמה (4 \times 4), עלול לייגע את המשתתף ולפגום בשל כך בתוקף המדידה.

במסגרת הניסוי עצמו התבקש המשתתף לדמיין לעצמו כל אחד מתשעת התנאים הכלולים במודל הניסויי במתכונת הזאת, המתייחסת לאחת מתשע ההתרחשויות הכלולות במודל הניסויי: "העלה בדמיוןך רגע אחד במפגש טיפולי שבו הייתה למטפל מוטיבציה מועטה לבטא אמפתיה ויכולת מועטה לראות את המציאות דרך עיני המטופל. באיזו מידה יחווה המטופל, בעיני רוחו, את המהלך כניסיון אותנטי, כן ואמתי לראות את המציאות דרך עיניו שלו?". ראוי לציין שהמשתתף התבקש להתייחס לכל תיאור כזה של מפגש טיפולי כאל אירוע מוחשי ולתאר לעצמו מטפל מסוים או דמות אופיינית של מטפל על סמך היכרותו עם עמיתים. התשובה לכל אחד מתנאי המודל הייתה על גבי סולם של 10 דרגות, מ־1 – במידה מועטה, עד 10 – במידה רבה.

תוצאות ודיון

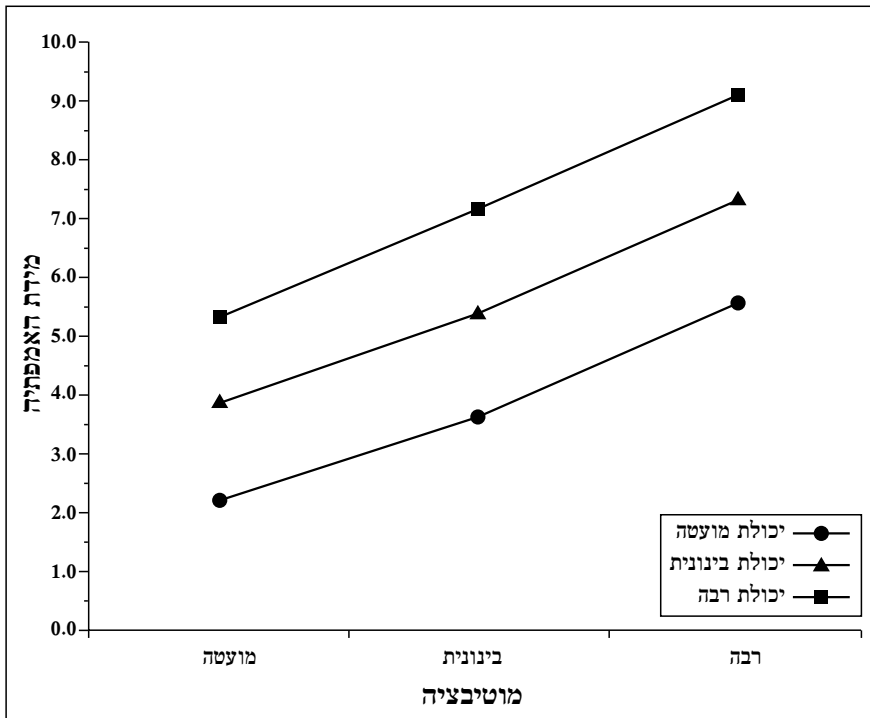
בתרשים 1 מוצגות תוצאות מקובצות של תפיסות המטפלים בנוגע לדרגתה של חוויית האמפתיה של המטופל כפונקציה של רמת המוטיבציה (m) של המטפל ולפי מידת היכולת (a) של המטפל, בקרב כלל משתתפי ניסוי 1.

בתרשים 1 נראה כי בעיני המטפל גדלה האפשרות לחוויה אמפתית של המטופל כפונקציה של מידת המוטיבציה של המטפל (הערכים הממוצעים של תפיסות המטפלים בנוגע לדרגתה של חוויית האמפתיה של המטופל עבור מוטיבציה מועטה, בינונית ורבה הם 3.82, 5.38 ו־7.30, בהתאמה) ומידת היכולת לראות את המציאות דרך עיני המטופל (הערכים הממוצעים של תפיסות המטפלים בנוגע לדרגתה של חוויית האמפתיה של המטופל עבור יכולת מועטה, בינונית ורבה הם 3.78, 5.53 ו־7.19, בהתאמה). בתרשים

1 נראית אי־תלות בין שני הרכיבים של הסכמה הקוגניטיבית בהשפעתם על תפיסת המטפל בנוגע לאפשרות לחוויה אמפתית של המטופל – כל אחד מהם נראה מובחן מן האחר. ניתוח שונות דו־כיווני למדידות חוזרות מספק תמיכה להתרשמות זו. יחסי הגומלין בין מוטיבציה לבין יכולת אינם מובהקים, $F(1, 31) = 1.42, p > .05$. כמצופה, נמצאו תוצאים עיקריים (main effects) מובהקים ליכולת, $F(1, 31) = 286.52, p < .01$, ולמוטיבציה, $F(1, 31) = 279.34, p < .01$.

תרשים 1 מייצג סכמה קוגניטיבית של תפיסת אמפתיה, שבה ההפרש הממוצע שהתקבל בסולם עבור מוטיבציה ($Mm = 3.48$) בין הדרגה הגבוהה בסולם (7.30) לבין הדרגה הנמוכה בו (3.82) הוא כמעט זהה להפרש הממוצע שהתקבל בסולם עבור היכולת ($Ma = 3.41$) בין הדרגה הגבוהה בסולם (7.19) לבין הדרגה הנמוכה בו (3.78). המשקל היחסי של מוטיבציה (RWm) בסכמה הקוגניטיבית של אמפתיה מחושב על בסיס נוסחה 2:

$$RWm = m/(m + a) \text{ : (נוסחה 2)}$$



תרשים 1: ממוצעים של תפיסות המטפלים בנוגע לדרגתה של חוויית האמפתיה של המטופל כפונקציה של רמת המוטיבציה של המטפל ולפי מידת היכולת של המטפל ($n = 32$)

מהצבת ערכי הממוצעים של מוטיבציה (Mm) ושל יכולת (Ma) בנוסחה 3 מתקבל המשקל היחסי (RW) של מוטיבציה בסכמה:

$$RWm = 3.48 / (3.48 + 3.41) = .505$$

והמשקל היחסי של יכולת הוא המשלים שלו ל-1:

$$RWa = 1.000 - .505 = .495$$

ממצא זה משקף נטייה לאיזון בין שני רכיבי הסכמה, הנתפסים כמשמעותיים כמעט באותה מידה בכל הנוגע לגילוי אמפתיה כלפי מטופל בחדר הטיפול. היכולת להתבונן במציאות דרך עיני המטופל היא חיונית ביותר בטיפול (Kohut, 1984). המטפל מחפש דרך לעולמו הפנימי של המטופל, מנסה להבין את חווייתו האותנטית ולקשור אותה לצרכים, לכוחות ולדינמיקה תוך-נפשית, או כפי שראה זאת ויניקוט (Winnicott, 1969) כשתיאר יכולת לדמיין איך זה להיות בנעליו של מטופל ברגע נתון. כפי שהדגיש רוג'רס (Rogers, 1951, 1980), המוטיבציה של איש מקצוע לבטא אמפתיה במהלך מפגש טיפולי חשובה מאוד, שכן הוא אחראי לגישתו ולתגובותיו כלפי המטופל וכן לנוכחות משמעותית שלו במהלך המפגש.

שאלה נגזרת מניסוי 1

משיחות עם המשתתפים בניסוי 1 עלה כי משמעות רבה מוקנית לקבלת המטופל בחדר הטיפוליים, על עולמו הפנימי והרגשי, כפי שהוא. מכאן עלתה שאלת הקבלה באופן מובחן מיכולת: האם אפשר להתבונן במציאות דרך עיני המטופל בלי לקבל את מעשיו, או האם ניתן להתבונן במציאות דרך עיני המטופל בלי לקבלו כאדם? שני הרכיבים, יכולת וקבלה, אמורים להיות מרכזיים במיוחד, ועל כן הם מהווים בסיס לפיתוחו של ניסוי 2.

ניסוי 2: תפיסת אמפתיה כפונקציה של יכולת וקבלה

משתתפים

בניסוי 2 השתתפו 36 אנשי טיפול, 3 מהם נשרו בשל קשיי כיוול (כמפורט בהקשר של ניסוי 1). במדגם נותרו 33 משתתפים, 24 נשים ו-9 גברים, בני 27-56 ($M = 39.39$, $SD = 7.70$), מומחים בעלי תואר שני לפחות ובעלי ניסיון של 3-31 שנים ($M = 10.85$, $SD = 7.35$) בפסיכותרפיה, ובהם 8 פסיכולוגים קליניים, 12 קרימינולוגים קליניים ו-13 עובדים סוציאליים קליניים. כל המשתתפים בניסוי עבדו עם מגוון של אוכלוסיות מטופלים, כמפורט בניסוי 1.

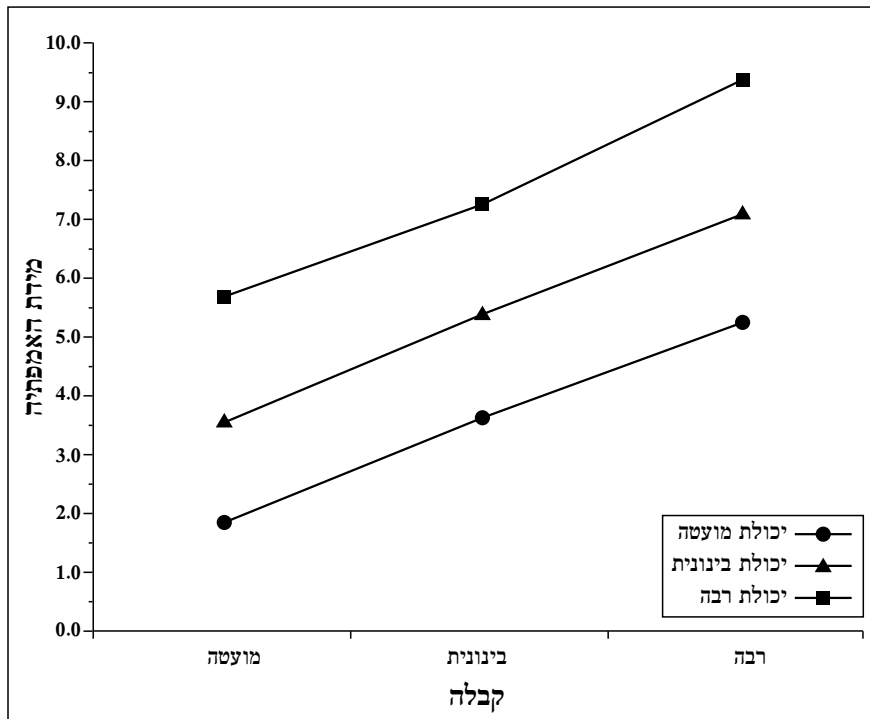
כלים והליך

ניסוי זה שחזר את ההליך של ניסוי 1 בשינוי אחד בלבד: רכיב המוטיבציה הוחלף ברכיב של קבלת המטופל כפי שהוא (להלן קבלה), כרכיב של הסכמה הקוגניטיבית הנבדקת. ניתן לייצג את הסכמה הנבדקת באמצעות הביטוי המוצג בנוסחה 3. השיחה התנהלה במתכונת זהה לזו של ניסוי 1.

(נוסחה 3): אמפתיה = יכולת \oplus קבלה

תוצאות ודיון

בתרשים 2 מוצגים ממוצעים של תפיסות המטפלים בנוגע לדרגתה של חוויית האמפתיה של המטופל כפונקציה של רמת הקבלה (ac) של המטפל ולפי מידת היכולת (a) של המטפל, כפי שדירגו 33 המשתתפים בניסוי 2 את התרחישים שהוצגו להם.



תרשים 2: ממוצעים של תפיסות המטפלים בנוגע לדרגתה של חוויית האמפתיה של המטופל כפונקציה של רמת הקבלה של המטפל ולפי מידת היכולת של המטפל ($n = 33$)

בתרשים 2, כמו בתרשים 1, נראית אי־תלות בין שני רכיביה של הסכמה הקוגניטיבית. הסיכוי לחוויה של אמפתיה בקרב המטופל, כפי שהמטפל רואה זאת, עולה כפונקציה של קבלת המטופל כפי שהוא על־ידי המטפל (הממוצעים של תפיסות המטפלים בנוגע לדרגתה של חוויית האמפתיה של המטופל עבור רמת קבלה מועטה, בינונית ורבה הם 3.68, 5.39 ו־7.22, בהתאמה) וליכולתו לראות את המציאות דרך עיני המטופל (הממוצעים של תפיסות המטפלים בנוגע לדרגתה של חוויית האמפתיה של המטופל עבור רמת יכולת מועטה, בינונית ורבה הם 3.56, 5.33 ו־7.40, בהתאמה).

גם בניסוי 2, ניתוח שונות דו־כיווני למדידות חוזרות סיפק תמיכה להתרשמות. יחסי הגומלין בין הרכיבים יכולת וקבלה אינם מובהקים, $F(1, 32) = 1.51, p > .05$. נמצאו אפקטים ראשיים מובהקים ליכולת, $F(1, 32) = 203.21, p < .01$, ולקבלה, $F(1, 32) = 181.42, p < .01$.

חישוב המשקלות היחסיים של יכולת (RW_a) ושל קבלה (RW_{ac}) בסכמה הקוגניטיבית של אמפתיה נעשה בעזרת נוסחה 4, על בסיס המשקל הבלתי תלוי של יכולת וקבלה:

$$RW_{ac} = ac/(ac + a) \text{ : (נוסחה 4)}$$

מהצבת ערכי היכולת והקבלה מתקבלים הערכים 0.52 ו־0.48. בהתאמה. מתקבלת אפוא הקניה של חשיבות משמעותית ושווה בקירוב לשני הרכיבים של סכמת האמפתיה הנדונה. הממצאים של ניסוי 1 ושל ניסוי 2 מלמדים שבהענקת חוויה של אמפתיה למטופל, העוסק בפסיכותרפיה מקנה חשיבות הן לשילוב בין יכולת לראות את המציאות דרך עיני המטופל לבין מוטיבציה לבצע תקשורת אמפתית, והן לשילוב בין יכולת לבין קבלה של המטופל. בשני הניסויים נמצאה אי־תלות בין רכיבי הסכמה (שקלול פשוט של שני הרכיבים), ונמצאו משקלות יחסיים דומים ברמתם.

שאלה נגזרת מניסוי 2

מכאן עולה צורך לבחון אפשרות שהסכמות הדו־רכיביות שנבדקו בניסוי 1 ובניסוי 2 הן נגזרות של סכמה מורכבת ומקיפה יותר. אפשרות זו משמשת בסיס לניסוי 3, שבו הוצבו שלושת הרכיבים בסכמה קוגניטיבית אחת, הכוללת יכולת, מוטיבציה וקבלה.

ניסוי 3: תפיסת אמפתיה כפונקציה של יכולת, מוטיבציה וקבלה

משתתפים

בניסוי 3 השתתפו 15 אנשי טיפול, 9 נשים ו־6 גברים, בני 31–56 ($M = 41.93, SD = 7.97$) מומחים בעלי תואר שני לפחות, בעלי ניסיון של 3–24 שנים ($M = 11.80, SD = 6.93$) בפסיכותרפיה, ובהם 7 פסיכולוגים קליניים, 4 קרימינולוגים קליניים ו־4 עובדים סוציאליים קליניים. כל המשתתפים בניסוי עבדו עם מגוון של אוכלוסיות מטופלים, כמפורט בניסוי 1 ובניסוי 2. מן המשתתפים, 9 השתתפו גם בניסוי 1, וה־6 האחרים השתתפו גם בניסוי 2.

כלים והליך

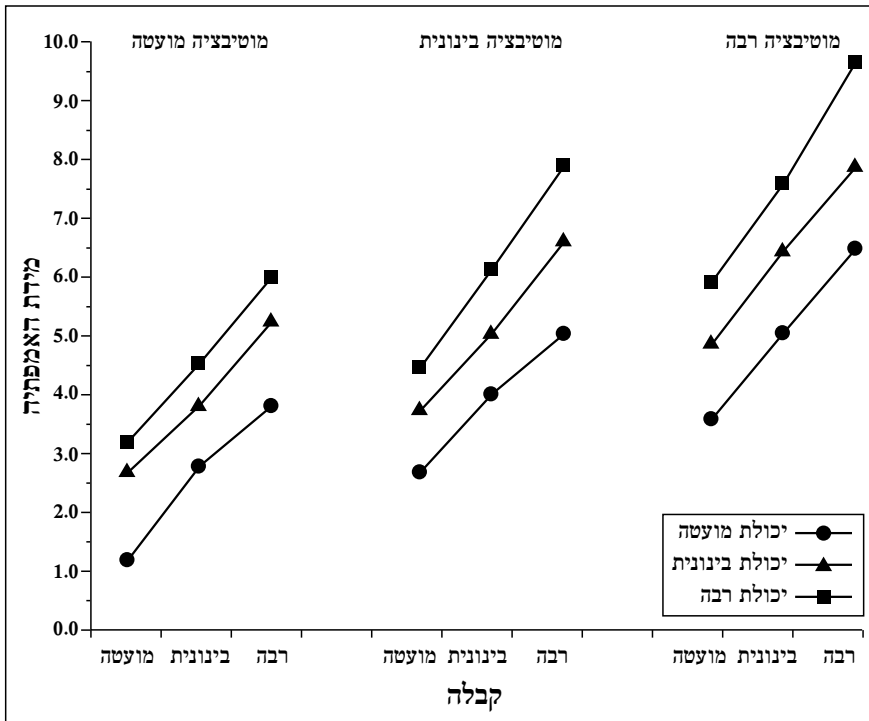
ניסוי 3 שחזר את ההליך של ניסוי 1 ושל ניסוי 2 בניסוי אחד בלבד – רכיב הקבלה התווסף לשני הרכיבים של הסכמה המקורית, יכולת ומוטיבציה. הסכמה הקוגניטיבית בניסוי 3 מורכבת אפוא משלושה רכיבים, המיוצגים בנוסחה 5.

(נוסחה 5): אמפתיה = יכולת \oplus מוטיבציה \oplus קבלה

מאחר שכל המשתתפים השתתפו בניסויים קודמים, השיחה נפתחה באזכור עיקריו של ההליך ולאחריו בוצע החלק הניסויי. לכל משתתף הוצגו 27 התרחשויות, שהן כל הצירופים האפשריים של 3 דרגות בכל אחד משלושת הרכיבים של הסכמה זה עם זה (3 דרגות יכולת \times 3 דרגות מוטיבציה \times 3 דרגות קבלה = 27 צירופים). בכל תיאור של התרחשות כזו נכללו שלוש פיסות מידע: דרגה של יכולת (מועטה, בינונית או רבה), דרגה של מוטיבציה (אחת מתוך שלוש) ודרגה של קבלה (אחת מתוך שלוש). כבניסוי 1 התבקש המשתתף לדמיין לעצמו כל מקרה כזה ולקבוע על גבי סולם של 10 דרגות את המידה הצפויה של אמפתיה מצד המטפל בכל אחד מהם, מ¹ – אמפתיה מועטה, עד 10 – אמפתיה רבה. ראוי לציין שמודל זה, הכולל 27 תנאים, עלול להציב למשתתף רצף ארוך מדי ותובעני של דרישות להתייחס לנסיבות טיפול שונות ולבצע הערכה כמותנית בנוגע לכל אחת מהן. לפיכך חולקו האירועים הללו לשלושה חלקים שווים של תשעה תנאים כל אחד, והם ניתנו לכל משתתף בסדר מקרי בין השלושה. בין החלק הראשון לבין החלק השני ובין החלק השני לבין החלק השלישי הייתה הפסקה של 2–3 דקות, עד שהנסיינת התרשמה שניתן לחדש את המדידה.

תוצאות ודיון

בתרשים 3 מוצגים ממוצעים של תפיסות המטפלים בנוגע לדרגתה של חוויית האמפתיה של המטופל כפונקציה של רמת הקבלה (ac) של המטפל, לפי מידת היכולת (a) של המטפל ולפי מידת המוטיבציה (m) שלו, כפי שדירגו 15 המשתתפים בניסוי 3. למרות מורכבות הסכמה הצביעו גם ממצאיו של ניסוי זה על מגמה של אי-תלות בין שלושת רכיבי הסכמה (ניתן להבחין רק במידה זעומה של התפרסות המבנה הגרפי). הסיכוי לחוויה של אמפתיה בקרב המטופל, כפי שמטפל רואה זאת, עולה כפונקציה של עלייה במידת הקבלה של המטופל (הממוצעים של תפיסות המטפלים בנוגע לדרגתה של חוויית האמפתיה של המטופל עבור רמת קבלה מועטה, בינונית ורבה הם 3.61, 5.06 ו-6.53, ניכרת גם עלייה במידת יכולתו לראות את המציאות דרך עיני המטופל (הממוצעים של תפיסות המטפלים בנוגע לדרגתה של חוויית האמפתיה של המטופל עבור יכולת מועטה, בינונית ורבה הם 3.86, 5.18 ו-6.16, בהתאמה) ועלייה במידת המוטיבציה לגלות אמפתיה כלפיו (הממוצעים של תפיסות המטפלים בנוגע לדרגתה של חוויית האמפתיה של המטופל עבור מוטיבציה מועטה, בינונית ורבה הם 3.72, 5.08 ו-6.39, בהתאמה). מדידה של משקל יחסי מוצגת בהמשך.



תרשים 3: ממוצעים של תפיסות המטפלים בנוגע לדרגתה של חוויית האמפתיה של המטופל כפונקציה של רמת הקבלה של המטופל, לפי מידת היכולת של המטופל ולפי מידת המוטיבציה שלו ($n = 15$)

בניתוח שונות תלת-כיווני למדידות חוזרות נמצאו אפקטים ראשיים מובהקים של מוטיבציה, $F(1, 14) = 284.99, p < .01$, קבלה, $F(1, 14) = 208.52, p < .01$, ויכולת, $F(1, 14) = 73.44, p < .01$. לא נמצאה מובהקות של יחסי הגומלין בין שלושת הרכיבים – יכולת, קבלה ומוטיבציה, $F(1, 14) = 1.15, p > .05$. יחסי הגומלין בין שלושת הצמידים מובהקים כולם: יכולת וקבלה, $F(1, 14) = 3.59, p < .05$; יכולת ומוטיבציה, $F(1, 14) = 2.47, p < .05$; קבלה ומוטיבציה, $F(1, 14) = 3.23, p < .05$.

בחישוב משקלות יחסיים בדרך דומה לזו שננקטה בניסוי 1 ובניסוי 2, נמצא כי הערכים של שלושת הרכיבים דומים זה לזה, .37 לקבלה, .34 למוטיבציה ו-.29 ליכולת. לסיכום הממצאים של שלושת הניסויים הראשונים ניתן להסיק שמטפלים הקנו חשיבות רבה (המשתקפת באמצעות משקל יחסי) לשלושת רכיבי הסכמה הקוגניטיבית הפונקציונלית הנבדקת, הקשורים כולם למטפל – יכולת, מוטיבציה וקבלת המטופל – בתנאים שבהם הוא מעוניין שהמטופל יחווה אמפתיה במהלך טיפול.

שאלה נגזרת מניסוי 3

ומה בדבר מעורבות המטופל בחוויית האמפתיה במהלך טיפול? חוקרים ואנשי טיפול הדוגלים בגישות מגוונות, כגון קוהוט ורוג'רס (Kohut, 1981; Rogers, 1964), מדגישים את חשיבותה של חוויה אמפתית בהקשר של יחסי גומלין בין מטפל לבין מטופל. אם כך, עולה שאלה בדבר מעורבות של מטופל בהתרחשותה של חוויה אמפתית בחדר הטיפול.

שאלה זו מכוונת את מהלכם של שלושת הניסויים הבאים המשלבים בסכמה קוגניטיבית שני רכיבים: האחד מייצג את חלקו של המטפל, והאחר מייצג את חלקו של המטופל. מדובר בסכמת אמפתיה דו־צדדית. בשלושת הניסויים הללו רכיב אחד הוא מהותה של אמפתיה – יכולתו של המטפל להתבונן בתקשורת הטיפולית דרך עיני המטופל (מכונה "יכולת המטפל", כבניסויים הקודמים). הרכיב האחר הוא נכונות המטופל לקבל התייחסות אמפתית מצד המטפל (מכונה "נכונות המטופל").

ניסוי 4: תפיסת אמפתיה על־ידי מטפל כפונקציה של יכולת המטפל ונכונות המטופל

משתתפים

בניסוי 4 השתתפו 35 אנשי טיפול, 4 מהם נשרו בשל קשיי כויל. במדגם נותרו 31 משתתפים, 21 נשים ו־10 גברים, בני 27–56 ($M = 41.06$, $SD = 8.15$), מומחים בעלי תואר שני לפחות ובעלי ניסיון של 3–31 שנים ($M = 10.87$, $SD = 7.16$) בפסיכותרפיה, ובהם 7 פסיכולוגים קליניים, 14 קרימינולוגים קליניים ו־10 עובדים סוציאליים קליניים. כל המשתתפים בניסוי עבדו עם מגוון של אוכלוסיות מטופלים, כמפורט בניסוי 1. מן המשתתפים, 10 השתתפו גם בניסוי 1, ו־16 השתתפו גם בניסוי 2.

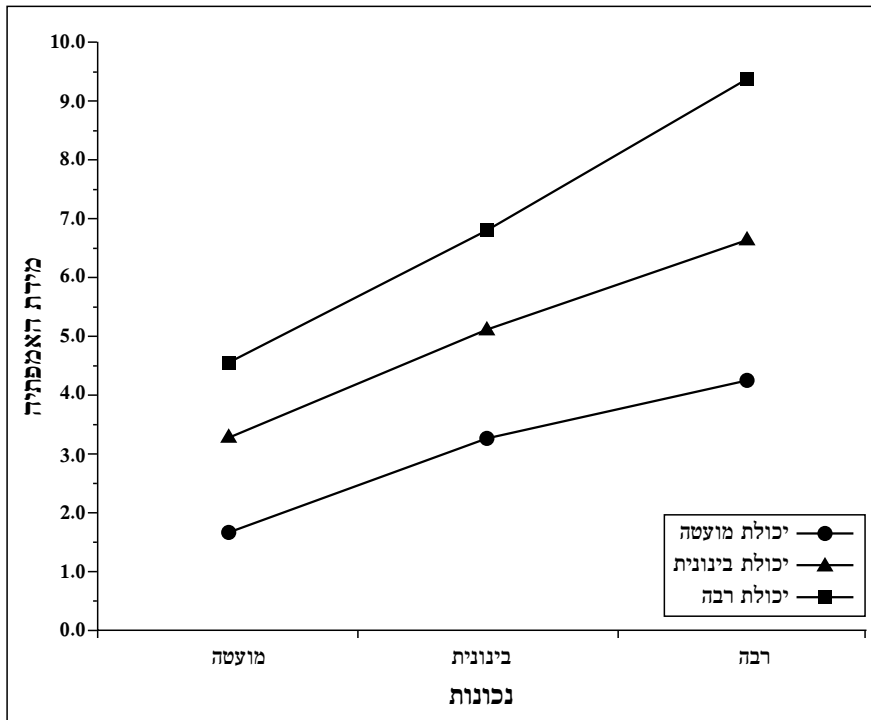
כלים והליך

ניסוי זה שחזר את ההליך של ניסוי 1 בשינוי אחד בלבד – יסוד המוטיבציה הוחלף ביסוד של נכונות מצד המטופל כרכיב בסכמה הקוגניטיבית הנבדקת. כאמור, מדובר בסכמה המתייחסת מצד אחד ליכולתו של המטפל לראות את המציאות דרך עיני האחר, ומן הצד האחר, לנכונותו של המטופל לקבל התייחסות אמפתית מצד המטפל. הסכמה היא אפוא דו־צדדית, והיא מיוצגת בנוסחה 6.

$$\text{(נוסחה 6): אמפתיה} = \text{יכולת מטפל} \oplus \text{נכונות מטופל}$$

תוצאות ודיון

בתרשים 4 מופיע ייצוג קבוצתי של תפיסות המטפלים בנוגע לדרגתה של חוויית האמפתיה של המטופל כפונקציה של רמת הנכונות (w) של המטופל ולפי מידת היכולת (a) של המטפל, כפי שדירגו 31 המשתתפים בניסוי 4.



תרשים 4: ממוצעים של תפיסות המטפלים בנוגע לדרגתה של חוויית האמפתיה של המטופל כפונקציה של רמת הנכונות של המטופל ולפי מידת היכולת של המטופל ($n = 31$)

בשונה מניסויים 1-3, ממצאיו של ניסוי זה מצביעים על תלות בין שני רכיבי הסכמה. כאשר המטפל מתייחס לנכונות המטופל, מתרחשת התניה בין יכולת המטפל לבין נכונות המטופל לקבל גילויי אמפתיה. הדבר מדגיש את העבודה המשותפת של המטפל והמטופל: ליכולת המטפל יש השפעה דיפרנציאלית על התרומה לחוויה האמפתית כפונקציה של נכונות המטופל. לפיכך, ההשפעה הנתפסת של יכולת מועטה של המטפל, גם אם מידת הנכונות של המטופל היא רבה, פחותה מהשפעתה של יכולת רבה של המטפל. במקרה כזה ניתן לראות הבדל ניכר בהשפעתה של יכולת המטפל כפונקציה של נכונות המטופל (צורת תרשים דמוית מניפה). כלומר, בין שהמטופל רוצה מאוד ונכון לקבל אמפתיה ובין שאיננו מעוניין בכך, כאשר המטפל אינו בעל יכולת רבה – הדבר יגרע מחוויית האמפתיה של המטופל.

ניתוח שונות דו-כיווני למדידות חוזרות מצביע על יחסי גומלין מובהקים בין יכולת המטפל לבין נכונות המטופל לקבל אמפתיה מן המטפל, $F(1, 30) = 24.67, p < .01$, וכן על אפקטים ראשיים מובהקים ליכולת, $F(1, 30) = 367.51, p < .01$, ולנכונות,

הוקנתה חשיבות יחסית דומה מאוד: 52. ליכולת המטפל ו-48. לנכונות המטופל. $F(1, 30) = 213.72, p < .01$. בחישוב המשקלות היחסיים נמצא כי לשני הרכיבים

שאלה נגזרת מניסוי 4

במהלך ניסויים 1-3, ובייחוד בניסוי 4, הביעו המשתתפים סקרנות באשר לתפיסות של מטופלים בנוגע לחוויית אמפתיה בחדר הטיפול. מאחר שבניסוי 4 הוצגה סכמת אמפתיה דו־צדדית (בשונה משלושת הניסויים הראשונים שבהם הוצגו סכמות שהתייחסו לכישורי המטפל בלבד), הדבר ככל הנראה העצים והבליט את חלקן ואת אחריותו של המטופל בחוויית האמפתיה בשיחה טיפולית. זה הבסיס לשאלה הנגזרת ולפיתוחם של ניסוי 5 וניסוי 6.

ניסוי 5: תפיסת אמפתיה של המטפל בשבתו כמטופל

בניסויים 1-4 השתתפו אנשי טיפול שהעריכו את הסיכוי של המטופל לחוות אמפתיה בחדר הטיפול, על בסיס מידע בדבר רכיבים רלוונטיים עבור סכמת אמפתיה של המטפל. מאחר שהמטפלים מטופלים לרוב בעצמם, ניסוי 5 בוחן סכמה קוגניטיבית דו־צדדית בשינוי מבט – המטפל בשבתו כמטופל.

משתתפים

בניסוי השתתפו 31 אנשי טיפול, 4 מהם נשרו. במדגם נותרו 27 משתתפים, 21 נשים ו־6 גברים, בני 29-50 ($M = 38.41, SD = 5.60$), מומחים בעלי תואר שני לפחות ובעלי ניסיון של 3-27 שנים ($M = 10.04, SD = 5.85$) בפסיכותרפיה, ובהם 10 פסיכולוגים קליניים, 6 קרימינולוגים קליניים ו־11 עובדים סוציאליים קליניים. כל המשתתפים בניסוי עבדו עם מגוון של אוכלוסיות מטופלים, כמפורט בניסוי 1. מן המשתתפים, 10 השתתפו גם בניסוי 1, 15 השתתפו גם בניסוי 2, ו־8 השתתפו גם בניסוי 4.

כלים והליך

ניסוי 5 שחזר את התכנון ואת ההליך של ניסוי 4, ושני רכיבי הסכמה הקוגניטיבית נשמרו בו כפי שהיו. השינוי היחיד היה נקודת המבט של המשתתף. לצורך הניסוי נבחרו משתתפים שהם גם מטפלים וגם מטופלים. כל אחד מהם התבקש להחליף את כובע המטפל בכובע המטופל ולהתייחס לרכיבי הסכמה הקוגניטיבית מנקודת מבט של מטופל, כאשר הוא מעלה בעיני רוחו מפגש טיפולי עם המטפל שלו. כאמור, מדובר בסכמה דו־צדדית המתייחסת מצד אחד לנכונותו של המטופל (שהוא גם איש טיפול) לקבל התייחסות אמפתית מצד המטפל, ומן הצד האחר, ליכולת של המטפל, כפי שהמטופל רואה זאת. כאמור, סכמת האמפתיה נותרה זהה (ראו נוסחה 6 למעלה). מאחר

שכל המשתתפים השתתפו בניסויים קודמים, השיחה נפתחה ברענון הנהלים ובהבהרת השינוי המוצג בניסוי זה על מורכבותו. לאחר מכן בוצע החלק הניסויי.

תוצאות ודיון

תרשים 5 מציג ממוצעים של תפיסות המטפלים בנוגע לדרגתה של חוויית האמפתיה של המטופל כפונקציה של רמת הנכונות (w) של המטופל ולפי מידת היכולת (a) של המטפל.

בדומה לממצאים של ניסוי 4, הממצאים המוצגים בתרשים 5 מצביעים על תלות בין שני רכיבי הסכמה, יכולתו של המטפל לראות את המציאות דרך עיני המטופל, כפי שזה האחרון רואה זאת, ונכונותו של המטופל לקבל התייחסות אמפתית. גם במקרה זה, ליכולתו של המטפל יש השפעה דיפרנציאלית על התרומה לחוויה האמפתית כפונקציה של נכונות המטופל. תופעה זו, המתרחשת גם בקרב אנשי טיפול בהיותם מטופלים, מספקת תמיכה לחשיבות הנודעת לעבודה משותפת של מטפל ומטופל.

ניתוח שונות דו-כיווני למדידות חוזרות מגלה יחסי גומלין מובהקים בין יכולת לבין נכונות, $F(1, 26) = 28.14, p < .01$, וכן אפקטים ראשיים מובהקים ליכולת, $F(1, 26) = 200.36, p < .01$.

נמצאה הקניית משקל יחסי רב יותר ליכולת המטפל (.57) מאשר לנכונות המטופל (.43). מגמה כזו הסתמנה כבר בניסוי 4, אך החשיבות היחסית המוקנית ליכולת בניסוי 5 היא רבה יותר.

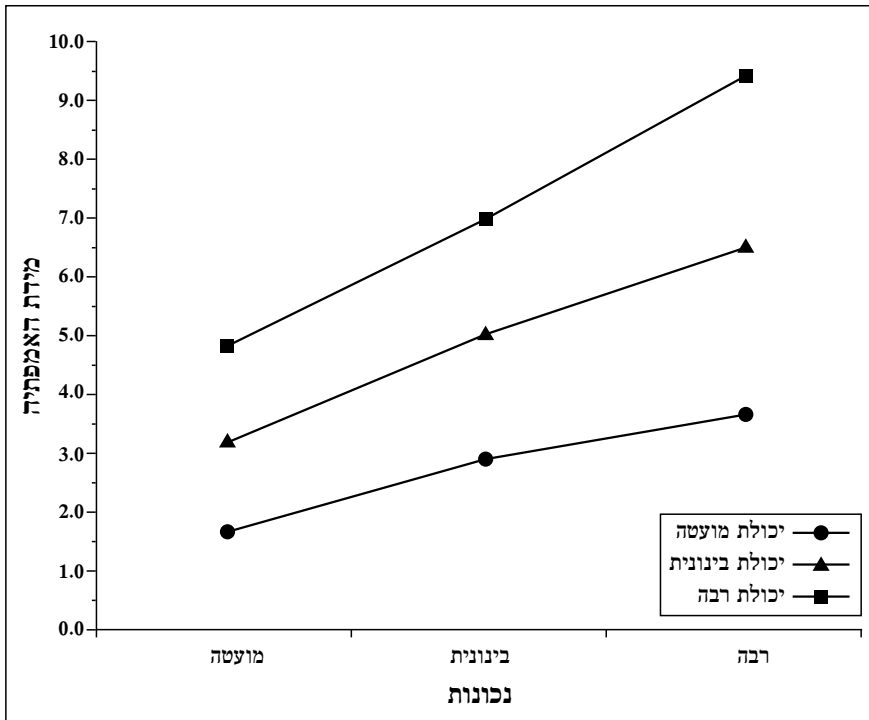
שאלה נגזרת מניסוי 5

נראה שהמשתתפים מייחסים חשיבות רבה יותר ליכולת המטפל כאשר הם יושבים בכיסא המטופל, ואילו ממקומו של המטפל הפער מצטמצם. יכול להשתמע מכך שמנקודת מבט של מטופל האדם מקבל עליו אחריות פחותה, ולכן עולה שאלה בדבר תפיסות המטופלים שאינם מטפלים באשר לאמפתיה בחדר הטיפול.

ניסוי 6: תפיסת אמפתיה על-ידי המטופל כפונקציה של יכולת המטפל ונכונות המטופל

משתתפים

בניסוי השתתפו 21 מטופלים מן הציבור הרחב. 7 מהם נשרו בשל קשיי כיוול (ראו הסבר בפתח לניסוי 1). בניסוי נותרו 14 משתתפים, 9 נשים ו-5 גברים, בני 30-57 ($M = 39.57, SD = 7.74$) שנמצאו בטיפול במשך 1-13 שנים ($M = 4.50, SD = 3.35$) ועבדו לפרנסתם בתחומים שונים.



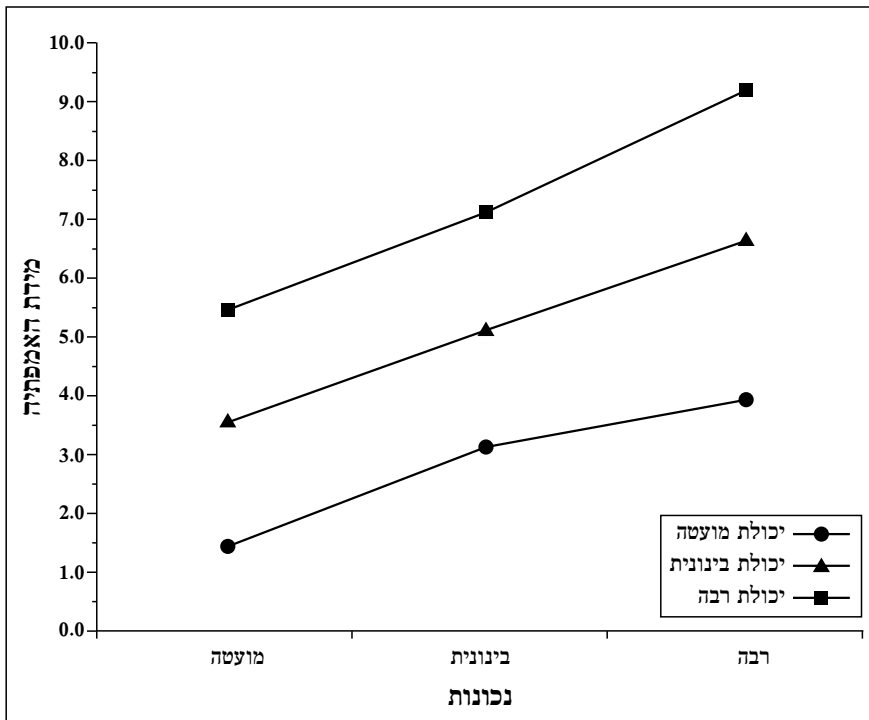
תרשים 5: ממוצעים של תפיסות המטפלים בנוגע לדרגתה של חוויית האמפתיה של המטופל כפונקציה של רמת הנכונות של המטופל ולפי מידת היכולת של המטפל ($n = 27$)

כלים והליך

ניסוי 6 שחזר את ניסוי 5 בשינוי אחד בלבד – המשתתפים היו מטופלים מן הציבור הרחב ולא אנשים ממקצועות הטיפול. המשתתפים בניסוי זה לא השתתפו בניסויים הקודמים (1-5), ולכן השיחה התקיימה בשני שלבים, בדומה לניסוי 1. המושג אמפתיה נדון תחילה בשיחה פתוחה בהקשר של פסיכותרפיה. בהמשך בוצע החלק הניסויי של המחקר, שבבסיסו התייחסות לסכמת אמפתיה דו-צדדית, הכוללת יכולת של מטפל ונכונות של מטופל (ראו נוסחה 6).

תוצאות ודיון

בתרשים 6 מוצגים ממוצעים של תפיסות המטופלים בנוגע למידת האמפתיה של המטפל כפונקציה של רמת הנכונות (w) של המטופל ולפי מידת היכולת (a) של המטפל, כפי שדירגו 14 המשתתפים בניסוי 6.



תרשים 6: ממוצעים של תפיסות המטופלים בנוגע למידת האמפתיה של המטפל כפונקציה של רמת הנכונות של המטופל ולפי מידת היכולת של המטפל ($n = 14$)

בדומה לניסוי 4 ולניסוי 5, שבהם נבחנה סכמה דו־צדדית, גם בניסוי 6 הממצאים מצביעים על תלות בין שני רכיבי הסכמה, יכולתו של מטפל לראות את המציאות הנדונה דרך עיני המטופל ונכונותו של מטופל לקבל התייחסות אמפתית. ניתוח שונות דו־כיווני למדידות חוזרות מצביע על יחסי גומלין מובהקים, $F(1, 13) = 3.66, p < .05$, וכן על אפקטים ראשיים מובהקים של יכולת, $F(1, 13) = 75.32, p < .01$, ושל נכונות, $F(1, 13) = 55.62, p < .01$.

החשיבות היחסית שהקנו המשתתפים ליכולת המטפל (.58) הייתה גבוהה מזו שהוקנתה לנכונות המטופל (.42). ראוי לציין כי בשלושת הניסויים האחרונים, שבהם סכמה דו־צדדית, הוקנתה חשיבות יחסית גבוהה יותר ליכולת המטפל, בסדר גודל עולה לפי סדר הניסויים. מנקודת מבט של מטפל (ניסוי 4), הוקנה ליכולת המטפל משקל יחסי גדול יותר מאשר לנכונות המטופל, אך בהפרש קטן יחסית (.52 ו־.48, בהתאמה). מנקודת מבט של מטופל, שהוא גם איש מקצוע בתחום הטיפול (ניסוי 5), הוקנה ליכולת

המטפל משקל יחסי גדול יותר מאשר בניסוי 4 (57. ו-43, בהתאמה), ללא הבדל ניכר מהיבטו של מטופל מן הציבור הרחב (58. ו-42), כפי שנמצא בניסוי 6. אפשר לפרש זאת כסימן לכך שהתפקיד של מטופל בתוך משחק התפקידים של מטפל-מטופל מקנה חשיבות רבה ליכולת המטפל. ייתכן שהדבר כרוך בכך שמטופל באשר הוא נושא עיניים לעזרה מקצועית, שהוא ככל הנראה מאמין בה. ייתכן שהצלחתן של שתי המגמות שצוינו – תלות בין יכולת המטפל לבין נכונות המטופל והשפעתו של הרול (role) של המטפל-המטופל כמקור פסיכולוגי אחד שמהותו הכללית היא פסיכותרפיה כהוויה אנושית דינמית – תלויה בתשומה של שני הצדדים, כפי שהיא נתפסת בקרב הנוגעים בדבר. ברור שמסקנה זו דורשת להמשיך בניחות מדעי, ועל בסיס מחקר זה מומלץ שהוא יתבצע במסגרת של שילוב התאוריה הפונקציונלית של קוגניציה עם הנגזרת המתודולוגית שלה – מדידה פונקציונלית.

דיון כללי

מחקר זה עסק בתפיסת אמפתיה בקרב המעורבים בפסיכותרפיה, מטפלים ומטופלים, במתכונת של סכמה קוגניטיבית פונקציונלית, שכללה רכיבים האמורים להרכיב את המושג אמפתיה. לשם כך נערכו שישה ניסויים. בניסויים 1-3 השתתפו אנשי טיפול בלבד, ונבחנו בהם יכולתו של המטפל להתבונן במציאות דרך עיני המטופל, המוטיבציה של המטפל לתקשורת אמפתית וקבלת המטופל על-ידי המטפל. לשלושת הרכיבים הללו הוקנה משקל יחסי בסדר גודל שווה, ואף נמצא אפיון ברור של אי-תלות ביניהם. בניסויים 4-6 השתתפו מטפלים ומטופלים, ונבחנו בהם רכיבים המתייחסים למטפל ולמטופל, ואלו הם: יכולתו של המטפל להתבונן במציאות דרך עיני המטופל, ונכונותו של המטופל להתייחסות אמפתית מצד המטפל. נמצאה תלות בין הרכיבים הללו, ונמצא כי ליכולת המטפל לתקשורת אמפתית עם מטופל הוקנתה חשיבות רבה יותר מאשר לנכונות המטופל לקבל תקשורת כזאת.

ניתן לייחס לממצאים אלו משמעות מושגית בהקשר של השיח המחקרי והטיפולי על פסיכותרפיה. מצד אחד, התאוריה הפונקציונלית של קוגניציה (Anderson, 1996, 2008, 2013) אפשרה להתבונן במחקר זה באופן שבו התייחסות אמפתית של המטפל אל המטופל מקודדת על-יפי מורכבותה במערכת הקוגניטיבית של כל אחד מהם. מן הצד האחר, הממצאים מספקים אישוש נוסף לתוקף האמפירי של התאוריה הזאת ולטיב הזיקה בינה לבין המתודולוגיה הנגזרת ממנה – מדידה פונקציונלית (Anderson, 2001). באשר לתאוריה מתחום הפסיכותרפיה, לפי קוהוט (Kohut, 1981), אמפתיה רלוונטית ליחסי גומלין אנושיים רק אם תוצאתה היא תגובה או פעולה. אדם המסוגל להיכנס לנעלי זולתו ולראות את העולם דרך עיניו, יגיב תגובה אותנטית, מדויקת ומתאימה. נמצא כאן כי רכיב זה משמעותי ורלוונטי בעיני הנוגעים בדבר, והוא מובחן מיסוד אחר של סכמת האמפתיה בהקשר טיפולי – מוטיבציה לבטא אמפתיה כלפי

המטופל. רוג'רס (Rogers, 1964) ציין שכאשר היה מרוכז מאוד במטופל, נדמה כי עצם נוכחותו מרפאת. נראה כי נוכחות כזו מתאפשרת כאשר למטפל יש מוטיבציה ברורה ליצור זאת. השיטה שננקטה במחקר זה אפשרה להצביע על חשיבותם של שני הרכיבים הללו, יכולת אמפתית של המטפל ומוטיבציה ליישמה במפגש טיפולי, כחלק מסכמה קוגניטיבית פונקציונלית של אמפתיה בקרב שני שותפי הרול הללו.

באשר למטופל, גישות שונות בפסיכותרפיה המתייחסות לאמפתיה מדגישות את התנהלותו של המטפל וכמעט אינן מזכירות את חלקו של המטופל בתהליך הטיפול. הדבר מפתיע לנוכח התפיסה המתבקשת שתהליך כזה מחייב עשייה משותפת, גם כאשר לאחד השותפים (מטפל) יש אחריות מקצועית על התהליך. בסיס אמפירי לשילוב תאורטי כזה במונחי קוגניציה פונקציונלית הוצג בחלק השני של סדרת הניסויים, שבה שולב היבט של מטופל על אמפתיה בהקשר טיפולי. המשגה כזו יכולה להשתלב עם כל תאוריה או גישה טיפולית מקיפה וכוללת, המתייחסת גם לחלקו של מטופל בתהליך טיפולי וליחסי גומלין בין תפיסותיהם (והתנהגותם) של שני הצדדים, מטפל ומטופל (Overarching, ראו אצל Staats, 1999).

ממצאי המחקר מצביעים על חשיבותה של נכונות המטופל לקבל התייחסות אמפתית, ומשתמעת מכך המלצה שעניין זה יתפוס מקום מרכזי יותר בשיח על המושג אמפתיה בפסיכותרפיה. רכיב זה נבחן במחקר זה בשלוש גרסאות לצד יכולת אמפתית של מטפל: מנקודת מבט של מטפל (ניסוי 4), מנקודת מבט של מטפל בתפקידו כמטופל (ניסוי 5) ומנקודת מבט של מטופל מן הציבור הרחב (ניסוי 6). בכל המצבים הללו הוקנתה חשיבות לשני הרכיבים וכן יוחסה להם תלות הדדית ביניהם, כאשר המשקל היחסי של יכולת המטפל נמצא גבוה יותר ככל שהתקדם סדר הניסויים מניסוי 4 לניסוי 6. משתמע מכך שאנשי טיפול מייחסים לנכונות של מטופל לקבל התייחסות אמפתית משמעות רבה יותר מזו שמטופלים מייחסים לכך. ממצא זה אינו משתקף די הצורך בגישות תאורטיות הדנות במושג אמפתיה.

חשיבות שמטופל מקנה לכישוריו של מטפל מובנת מאליה, שכן הוא נושא עיניו אל המטפל. ברם, לכאורה אין הדבר כך כאשר מדובר בעלייה בחשיבות היחסית המוקנית לכישורי המטפל על-ידי מטפלים המעריכים זאת דרך עיני מטופלים. תמיכה תאורטית במגמה זו מוצעת על-ידי השערת המודולריות השיפוטית-מוסרית-חברתית (Laskov-Peled & Wolf, 2010; Wolf, 2001, 2002), שלפיה המשקל היחסי שהפרט מקנה לרכיבים של סכמה פונקציונלית נתונה אמור להשתנות על-פי מיקומו במעגל התפקידים הנתון (role), במקרה זה מטפל-מטופל.

התייחסות שונה בהקשר זה נודעת לפסיכותרפיה הממוקדת בלקוח. התייחסות זו נובעת מכוח גישתה הרב-תרבותית, הנותנת את הדעת מלכתחילה למסוגלותו ולנכונותו של מטופל לשתף פעולה במסגרת תהליך טיפולי. הונג (Hong, 2007) הציג אמפתיה דו-אופנית הכוללת, מצד אחד, היכרות של המטפל עם הרקע התרבותי של המטופל כדי לסייע בידו להתבונן במציאות דרך עיני המטופל, ומן הצד האחר, היא כוללת אספקת

מידע והכנת המטופל לקראת פסיכותרפיה והתאמת הטיפול המתוכנן לציפיות המטופל וליכולותיו.

בהתייחסותו לפסיכותרפיה בקרב תושבים אינדיאנים אמריקנים ציין טרימבל (Trimble, 2010) כי בעיותיו של מטופל עלולות להתעצם כאשר המטפל נוקט גישה סטראוטיפית. לעומת זאת, כאשר הוא מגלה אמפתיה כלפי המטופל וכלפי תרבותו, הדבר בונה אמון ומעודד את הצלחת הטיפול. תפיסה זו באשר למקומה של אמפתיה בפסיכותרפיה עולה בקנה אחד עם המלצה לאמוד התפתחויות ולעקוב אחר התהליך הטיפולי מהיבט של מטפל ומטופל בהקשר לרכיבי האמפתיה – יכולת קבלה ונכונות. כפי שעולה מן המחקר הנוכחי, משיטתו ומתוצאותיו, ניתן להמליץ לצורך זה על שיטת המדידה הפונקציונלית.

היבטים מתודולוגיים

תהליך איסוף הנתונים במסגרת שיטת המדידה הפונקציונלית זו היה מורכב ומסובך, כמתחייב מדרישותיה. מדובר בהשקעה רבה של מאמץ וזמן לשכנע מטפלים ומטופלים לתרום מזמנם ובהכנה של כל אחד ואחת מהם להתייחסות אל נסיבות טיפול שאמפתיה יכולה להתרחש בהן ולביצוע דירוגי הסתברות תקפים ומכילים, המתייחסים לציורפים של פיסות מידע רלוונטיות, כמתחייב מן המודל הניסויי הרב-גורמי. בחינה של המתרחש בחדר הטיפול יכולה לספק מידע רב-ערך על האופן שבו חוויה אמפתית מתממשת בשיחה טיפולית, אך הדבר אינו ניתן מטעמי סודיות ואתיקה. קיום שיחות עם מטופליהם של אנשי הטיפול שהשתתפו במחקר זה והפקת נתונים משיחות אלו היו עשויים לתקף את הממצאים, אך לא ניתן לבצע זאת מסיבות מובנות. פער אפשרי בתפיסה בין מטפלים לבין מטופלים ראוי לבחינה. נראה כי דרושה עבודת מחקר נוספת שתבחן דיווח מילולי על תפקידה של אמפתיה ביחסי גומלין בין מטפל לבין מטופל.

ככלל, מוצעת התייחסות למחקר זה ולמצאיו כאל אבן דרך לחקר כמותני של אמפתיה ככלי טיפולי ושל האופן שבו עניינים הכרוכים באמפתיה נתפסים כחלק מפסיכותרפיה. יש לעשות זאת בשילוב של מדידה מעין-פנומנולוגית, שתעסוק בתיאור של דיווח מילולי, כאמור למעלה. תקדימים מוצלחים ועדכניים לשילוב כזה ניתן למצוא בין היתר אצל ארליך (2012) ואצל חירווק (2012). מומלץ לבחון במסגרת המושגית והמתודולוגית הנדונה תפיסות של אמפתיה גם בהקשרים שיש בהם חשיבות מן המעלה הראשונה ליחסים בין-אישיים ולתקשורת בין-אישית, דוגמת יחסי מורה-תלמיד, מאמן-מתאמן, יועץ-נועץ ורופא-מטופל. ייתכן שבאחדים מהם אפשר למדוד אמפתיה במהלך המפגש עצמו (אשד, 2004; Bensimon, Amir, & Wolf, 2012), והדבר עשוי לתרום תרומה של ממש לכינונו של ידע מדעי חדש בתחום זה.

מקורות

אוגדן, ת"ה (2003). מצע הנפש. תל אביב: תולעת ספרים.
ארליך, ד' (2012). סכמה קוגניטיבית פונקציונלית של הטרדה מינית בגיל ההתבגרות בעיני הנוגעים בדבר (עבודת דוקטורט). רמת גן: אוניברסיטת בר-אילן.
אשד, ע' ויולף, י' (בדפוס). תקשורת אמפתית כחלק מדיאלוג: האם היא מובילה להתמקדות של הנמען בעצמו או בזולתו? מגמות.
גולמן, ד' (1997). אינטליגנציה רגשית. תל אביב: מטר.
חי-רוקח, מ' (2012). תפיסה של מסוכנות מינית כסכמה קוגניטיבית פונקציונלית בקרב עברייני מין (עבודת דוקטורט). רמת גן: אוניברסיטת בר-אילן.
יובל, י' (2001). סערת נפש. תל אביב: קשת.
שקדי, א' (2003). מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני – תאוריה ויישום. תל אביב: רמות.

- Anderson, N. H. (1996). *A functional theory of cognition*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Anderson, N. H. (2001). *Empirical direction in design and analysis*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Anderson, N. H. (2008). *Unified social cognition*. New York, NY: Psychology Press.
- Anderson, N. H. (2013). Unified psychology based on three laws of information integration. *Review of General Psychology*, 17, 125-132.
- Angus, L., & Hardtke, K. (2006). Insight and story change in brief experiential therapy for depression: An intensive narrative process analysis. In L. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Insight and psychotherapy* (pp. 187-207). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bar-Eli, M., Shimkin, T., & Wolf, Y. (2010). Professional basketball's unsportsmanlike fouls in the eyes of the beholders. *Applied Psychology: An International Review*, 59, 480-494.
- Bensimon, M., Amir, D., & Wolf, Y. (2012). A pendulum between trauma and life: Group music therapy with post-traumatized soldiers. *The Arts in Psychotherapy*, 39, 223-233.
- Berger, D. M. (1989). Psychoanalytic contributions to psychotherapy: Clinical empathy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 775-778.
- Billikopf, G. (2004). Empathic listening and challenging perceptions. In G. Billikopf (Ed.), *Helping others resolve conflicts: Empowering stakeholders* (chapter 3, pp. 25-30). San Diego, CA: Regents of the University of California.

- Buie, D. H. (1981). Empathy: Its nature and limitations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, 281-307.
- Cain, D. J. (2007). What every therapist should know, be and do: Contributions from humanistic psychotherapies. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 3-10.
- Castonguay, L. G. (2005). Training issues in psychotherapy integration: A commentary. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15, 384-391.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. (Eds.). (2006). *Insight and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48, 43-49.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2003). Empathy and exploration: The core of process experiential therapy. In R. Elliott, J. C. Watson, R. N. Goldman, & L. S. Greenberg (Eds.), *Learning emotion – focused therapy: The process-experiential approach to change* (chapter 7, pp. 111-140). Washington, DC: American Psychological Association.
- Farber, B. A., & Doolin, E. M. (2011). Positive regards. *Psychotherapy*, 48, 58-64.
- Finney, J. W., Rapoff, M. A., Hall, C. H., & Christophersen, E. R. (1983). Replication and social validation of habit reversal for tics. *Behavior Therapy*, 14, 116-126.
- Flynn, H. A. (2011). Setting the stage for the integration of motivational interviewing with cognitive behavioral therapy in the treatment of depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 46-54.
- Gamino, L. A., & Ritter, R. H. (2012). Death competence: An ethical imperative. *Death Studies*, 36, 23-40.
- Goldfried, M. R. (2003). Cognitive-behavior therapy: Reflections on the evolution of a therapeutic orientation. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 53-69.
- Hardtke, K., & Angus, L. (2004). The Narrative Assessment Interview: Assessing self-change in psychotherapy. In L. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 247-262). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hong, G. K. (2007). *Empathy and relationships in multicultural psychotherapy: Implications for clinical training*. Los Angeles, CA: California State University, Western Psychological Association, Convention Presentation.
- Kohut, H. (1966). Forms and transformation of narcissism. *Journal of the American Psychoanalysis Association*, 14, 243-272.

- Kohut, H. (1973). The psychoanalyst in the community of scholars. In P. Ornstein (Ed.), *The search for the self* (Vol. II, pp. 685-724). New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1981). On empathy. In P. Ornstein (Ed.), *The search for the self* (Vol. IV, pp. 525-535). New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Ladany, N., Walker, J. A., Pate-Carolan, L. M., & Gray Evans, L. (2008). *Practicing counseling and psychotherapy: Insights from trainees, supervisors and clients*. New York, NY: Taylor and Francis.
- Laskov-Peled, R., & Wolf, Y. (2010). Children's willingness to help peers in need: Is development of sociability orchestrated dis-harmonically? *The International Journal of Arts and Sciences*, 3, 127-152.
- Pachankis, J., & Goldfried, M. R. (2007). An integrative principle-based approach to psychotherapy integration. In G. Hofman & J. Weinberger (Eds.), *The art and science psychotherapy* (pp. 49-68). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1964). *Some elements of effective interpersonal communication*. Pasadena, CA: Mimeographed paper from speech given at California Institute of Technology.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5, 209-220.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston, MA: Houghton-Mifflin.
- Sharenow, E. L., Fuqua, R. W., & Miltenberger, R. G. (1989). The treatment of muscle tics with dissimilar competing response practice. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 22, 35-42.
- Staats, A. W. (1999). Unifying psychology requires new infrastructure, theory, method, and a research agenda. *Review of General Psychology*, 3, 3-13.
- Trimble, J. E. (2010). The virtues of cultural resonance, competence, and relational collaboration with native American Indian and communities: A synthesis of psychotherapy literature. *The Counseling Psychologist*, 38, 243-256.
- Tuch, R. H. (1997). Beyond empathy: Confronting certain complexities in self psychology theory. *Psychoanalytic Quarterly*, 66, 259-282.

- Winnicott, D. W. (1969). The building up of trust. In C. Winnicott, C. Bollas, M. Davis, & R. Shepherd (Eds.), *Talking to parents* (pp. 121-134). London, England: A Merloyd Lawrence Book, Addison-Wesley.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London, England: Tavistock.
- Winslade, J., & Monk, G. (2000). *Narrative mediation: A new approach to conflict resolution*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Wolf, Y. (2001). Modularity in everyday life judgments of aggression and violent behavior. *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal*, 6, 1-34.
- Wolf, Y. (2002). Violations of out-group and in-group regulations in the eyes of ordinary and protected prisoners: An instance of judgmental modularity. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 46, 206-219.