

גישת ה- (EDT) Experiential Dynamic Therapy

אבישי בן-שטרית ויופ מאירס*

תקציר: גישת ה-EDT הינה אבולוציה של הטיפול הקצר, המאפשרת התמודדות עם בעיות קליניות מורכבות בזמן יחסית קצר. טיפול זה מסייע הן בסילוק הסימפטומים הן בשינוי ה-character והן בשיפור היכולת הבינאישית. (אצל, Solomon & Neborsky, 2001). גישת ה-EDT הינה גישה פסיכודינמית וחוויתית. **פסיכודינמית** – היא גישה הנשענת על התיאוריה הפסיכודינמית של הקונפליקט וכן על תופעת ההעברה (הטרנספרנס). בשונה מגישות פסיכואנליטיות, היא נותנת פחות משקל לתהליכים אנליטיים (כמו, העברה, העברה נגדית והזדהות השלכתית) ויותר משקל ליחסים האמיתיים העמוקים עם המטפל ולחווית רגשות "שנקברו", בתוך הטיפול. **חוויתית** – ב-EDT פותחו טכניקות המסייעות למטופל לחוות רגשות, דחפים ותשוקות ברמה הגופנית והמנטלית (מחשבות ופנטזיות). גישת ה-EDT פתוחה גם לאינטגרציה עם מושגים וטכניקות שנגזרו ממודלים שונים ממנה, כדי לסייע למטופל בצורה הכי טובה והכי מהירה עבורו (אצל, Osimo & Stein 2012). במאמר זה נסקור בקצרה את שורשיה ההיסטוריים של גישה זו ואת המודלים הטיפולים השונים שהתפתחו ממנה.

האבות המייסדים של הטיפול הדינמי קצר המועד (1920-1950): פרנצי, רנק, אדלר, אלכסנדר ופרנץ

פרויד (1937) קבע במאמרו "אנליזה סופית ואין סופית", ששינוי הינו משימה ארוכת טווח ולעג לניסיון לקצר את התהליך. חלק מתלמידיו ובני דורו חלקו עליו וזה גרם לקרע ביניהם. נציין בקצרה חלק מהתובנות שלהם, לגבי הגורמים המאיצים את התהליך הטיפולי ומקצרים אותו: פרנצי (1920) הציע לזנוח את העמדה הטיפולית הפסיבית, המעודדת גרסיה של פרויד, לטובת עמדה טיפולית **אקטיבית**, המאיצה תהליכים. אוטו רנק (1924) הדגיש את **החוויה הרגשית** בטרנספרנס כמאיצה תהליכים ולא הפירוש כפי שטען פרויד.

אדלר המליץ **שהמטופל ישב מול המטפל** כדי למנוע תחושת נחיתות, גרסיה ותלות יתר ובכך תרם לקיצור הטיפול. רייך טען: **א. השינוי בטיפול נגרם ע"י חווית רגש "קבור". ב. הפירוש לא מעורר תגובה רגשית, אלא עבודה על ההגנות. ג. האיתותים הגופניים** ולא המילוליים (אסוציאציות חופשיות), הינם מקור מהימן יותר להבנת קונפליקטים תוך ובינאישיים. דבנלו (להלן) הושפע מאד מרייך. אלכסנדר ופרנץ (1946): הראשונים שהצהירו על כוונתם להפוך את הטיפול האנליטי לקצר ואפקטיבי יותר ע"י: **אקטיביות המטפל, וסיוע בחווית הרגשות "הקבורים"**, בעזרת החוויה הרגשית המתקנת. תיאורי המקרים שלהם לימדו את מיכאל בלינט ודוד מלאן (להלן) שקיצור התהליך אפשרי. (Osimo & Stein, 2012).

אבישי בן שטרית: פסיכולוג קליני, מרצה בתוכנית לטיפול ממוקד, בבית הספר לפסיכותרפיה באוניברסיטת בר-אילן ומשתתף בתוכנית ההכשרה ב-EDT של ד"ר אוסימו.

יופ מאירס: פסיכולוג קליני, מטפל קוגניטיבי-התנהגותי, ראש המגמה לפסיכולוגיה חינוכית וקלינית של הילד באוניברסיטה העברית בירושלים ובוגר תוכנית ההכשרה ב-EDT של ד"ר אוסימו.

*תודה מיוחדת לד"ר אוסימו על תרומתו לפרק זה.

קבוצת הביניים (1950-1990): בלינט, מלאן, סיפנאוס, דבנלו ומאן

מיכאל בלינט (טוויסטוק, אנגליה, 1972): הקים בשנות ה-50 קבוצה של מטפלים מוכשרים, שתחקור את האפשרות לקיצור הטיפול. טען שצריך לעבוד רק על מוקד אחד כדי שהטיפול יצליח. מלאן (Osimo&Stein, 2012, עמ' 27-28) שהיה חבר בקבוצה זאת, טען שהתנאי של בלינט לעבוד רק על מוקד אחד, היה פוליטי בלבד וכונן כנגד התנגדות הפסיכואנליטיקאים לקבל את האפשרות לקצר את הטיפול. לדבריו, בפועל הם עשו טיפולים עם מספר מוקדים. סיפנאוס (בוסטון, 1972) הינו הדוגמא הכי נקיה לטיפול דינמי קצר בעל מוקד אחד-מוקד "אדיפלי". הטיפול שלו לא התפתח דיו, כיוון שסיפנאוס לא פיתח טכניקות לוויתור החרדה ולכן הטיפול שלו התאים אך ורק ל 3% מהאוכלוסיות המטופלים. (Osimo&Stein, 2012)

דוד מלאן (טוויסטוק, אנגליה) התחיל דרכו ככימאי והפך לפסיכיאטר. בהמשך, החליף את מיכאל בלינט וממשיך את המחקר בטוויסטוק על הטיפול הדינמי קצר המועד, במשך כ-60 ש'. התרומות המרכזיות של מלאן: גישה מדעית לחקר גורמי השינוי ותוצאות הטיפול הדינמי קצר המועד. מלאן לא היה רק מטפל, אלא עסק גם במחקר מדעי של הגורמים היוצרים שינוי בפסיכותרפיה בכלל ובטיפול דינמי קצר מועד בפרט.

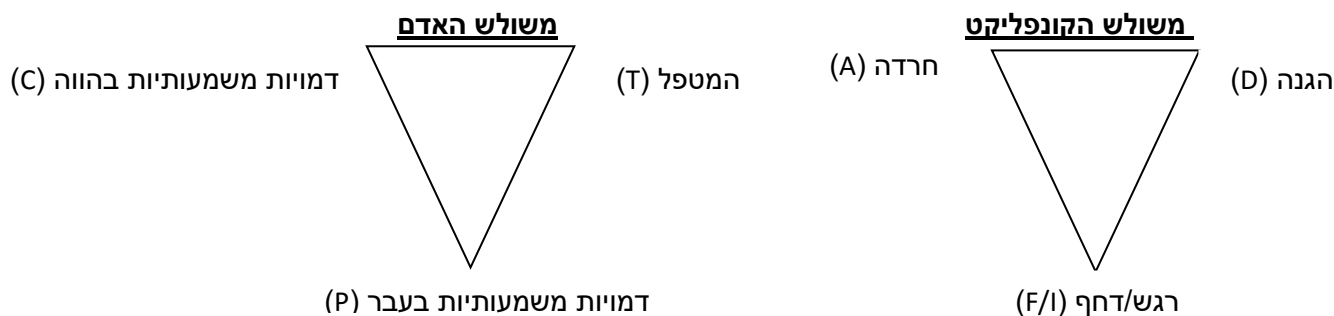
מחקריו של מלאן הראו שיש בסיס מחקרי אמפירי לכך, שטיפול דינמי קצר מועד הוא טיפול יעיל ואינו טיפול שטחי, בבעיות שטחיות ושתוצאותיו אינן שטחיות, כפי שטענו הפסיכואנליטיקאים באותה תקופה. (Osimo&Stein, 2012 עמ' 28).

Osimo, McCullough, ודבנלו (להלן) חקרו את אותו נושא. דבנלו חקר זאת בדרך שונה. במשך עשרים שנה הוא צפה בהאינטיקות וידיאו של טיפוליו ולמד אלו התערבויות עובדות ואלו לא ובדרך זו פיתח את התיאוריה והטכניקה שלו.

גורמי השינויים

קשר אקטיבי בין המטפל למטופל, באמצעות האזנה, הזנחה ופירוש סלקטיביים של המוקד, המאפשרים למטופל לחשוף רגשות כמוסים "אסורים". "המטרה של כל רגע בכל מפגש טיפולי הינה לסייע למטופל להיות במגע עם רגשותיו האמיתיים, עד כמה שהוא יכול לשאתם" (Malan, 1979). זהו הגורם החשוב ביותר (Malan, 1976 a,b). במקביל לחוויה הרגשית, חשובה גם התובנה הקוגניטיבית, הנעשית באמצעות פירושי קישור, בין דפוסי התנהגות בטרנספרנס לבין דפוסי התנהגות בעבר ובהווה. מוטיבציית המטופל מתבטאת בהכרה שיש לו בעיה ושהוא רוצה להבין את מקורה.

הבנה ברורה יותר של התהליך הפסיכודינמי, באמצעות השימוש בשני משולשים.



הדפוסים המתוארים במשולש הקונפליקט (לדוג': ההימנעות (D) מכעס (F\I), משום שהכעס מעורר חרדה (A)), נוצרו בעבר (P) ומופיע בקשרים בהווה (C) ובטיפול (T).

פתיחות לגישות שונות

מלאן, במבוא לספרה של Coughlin Della Selva (1996), הכיר בעובדה שההתנגדות הינה הגורם המרכזי החוסם שינוי. לדבריו, ניסה להתמודד עם הקושי הנ"ל בדרכים אלטרנטיביות, כמו: היפנוזה, L.S.D, טכניקות גשטלט או מפגשים קבוצתיים, אך דבר לא עזר. הניסיון לקצר את התהליך הטיפולי דרך שימוש בפירוש, הועיל רק ל 10%-20% מהמטופלים, שלא הראו התנגדות, אלא היו בעלי מוטיבציה גבוהה לשינוי (אלו היו המטופלים שהיו הן בקבוצה של בלינט והן אצל סיפנאוס). גם ספקטרום המטופלים של מאן היה צר והתמקד רק בקשיים הקשורים באובדן והיפרדות ואינדיווידואציה (אצל, Solomon & Neborsky, 2001).

מלאן פגש את דבנלו בשנות ה-70 ולאחר שעבר את הרתיעה מהטכניקה של דבנלו, התלהב כשראה את התוצאות הטיפוליות בהאינטייקות הווידיאו של דבנלו. לדבריו (Coughlin Della Selva, 1996), דבנלו פתר את בעיית ההתנגדות באופן מרשים, אפילו במקרים של התנגדות קשה מאד ולכן הרחיב מאד את טווח המטופלים (להלן), שאפשר לעזור להם בטיפול דינמי קצר מועד. מלאן ראה את עבודתו של דבנלו כ"התפתחות הכי חשובה בפסיכותרפיה, אחרי גילוי הלא מודע". דבנלו גילה את הדרך כיצד אפשר לחדור את ההגנות וההתנגדות, כדי להגיע לחומרים הכי בסיסיים בתת מודע, באופן טיפולי. מלאן ניבא ב-1979 שעבודתו של דבנלו תגרום למהפך, הן בפרקטיקה והן בסטאטוס המדעי של הטיפול הדינמי, תוך 10 שנים. בעקבות כך הפך לחוקר נלהב של עבודתו של דבנלו. דוג' לביסוס תיאורטי ומחקרי של גישתו של דבנלו, מופיעה בספר של Malan & Coughlin Della Selva, משנת 2007.

מלאן (1979) הכיר במגבלות הטיפול הדינמי ועודד לשלב אותו עם טכניקות קוגניטיביות התנהגותיות. הטיפול של McCullough (1977, 2003, a, b) (להלן) ממחיש מגמה זו. McCullough שהתחילה דרכה כמטפלת התנהגותית, שילבה בגישה האינטגרטיבית את ההבנה הדינמית. מגמה דומה ניתן לראות בפרק של מאירס, מטפל קוגניטיבי-התנהגותי, המשלב CBT ו-EDT (in Osimo and Stein, chapter 16, pp 391-411).

חביב דבנלו

חביב דבנלו (מונטריאול, קנדה) הוא פסיכיאטר שחוקר למעלה מ-50 שנה את הטיפול הדינמי קצר המועד. למרות ההכשרה הפסיכואנליטית שלו, דבנלו התנגד לפסיכואנליזה, משום שלטענתו, היא מאריכה את משך הטיפול. הוא קרא לגישתו: **Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)**.

שני מרכיבים טכניים מרכזיים ב גישתו של דבנלו

המשגה חדשה של מנגנוני ההגנה ודרך חדשה לטפל בהם בתוך הכאן ועכשיו הטיפולי. דבנלו, בעקבות רייר, סבור שההגנות הלא בריאות, הינן ה"אויב" הגדול של הטיפול, משום שמונעות אפשרות לחוויה או ביטוי של רגשות ורצונות כמוסים "אסורים". דבנלו המליץ להשתמש ברצף של התערבויות שקרא להם Central Dynamic Sequence (Davanloo, 1989, 1990, 2000). רצף התערבויות אלו, חוזר מתחילת האינטייק ולכל אורך הטיפול. ההתערבויות החוזרות יוצרות לחץ על המטופל להרגיש רגשות כמוסים ש"נקברו" ובעקבות כך מופיעות מיד ההגנות בהעברה. הופעתן מאפשרת לעשות להן 'הבהרה', איתגור וקונפונטציה.

תהליך זה, החוזר שוב ושוב באינטייק ובטיפול, מאפשר לחוות רגשות עמוקים יותר ויותר עד שהתת מודע הופך לפתוח וזורם: אין יותר התנגדות, וחומרים דינאמיים יכולים לצוף באופן חופשי. כך, הרגשות והדחפים הכי ראשוניים של בני האדם נחשפים כבר באינטייק. הזעם הרצחני הסדיסטי נחשף בתחילה בהעברה ובהמשך כלפי דמויות מוקדמות שיצרו דפוס התקשרות לא בטוחה. רק לאחר שנחו בהעברה (T) ואח"כ ביחס לדמויות בעבר (P) ובהווה (C), אפשר וצריך לפרש את התהליך. לפני כן, אין לפירוש משמעות רבה. דוגמה לקונפונטציה של דבנלו: "שימוש בהגנה שלך כנגד מאמצי למפגש משמעותי, הורס את האפשרות שלי לעזור לך. אם תמשיך בהתנגדותך להיעזר, נאלץ לסיים את הטיפול". האינטייק הנקרא אצל דבנלו "Trial Therapy", נעשה ברצף עם הפסקות ונמשך בין 50 דקות, למטופלים עם התנגדות קלה, עד לחמש שעות, עם מטופלים בעלי התנגדות חזקה. ניתן לפצל את האינטייק לשני חלקים, בטווח של פחות משבוע. הטיפול של דבנלו מתאים לטווח הרבה יותר רחב של מטופלים, בהשוואה למטופלים קצרי מועד שלפניו. הוא מתאים למטופלים הסובלים מ: פובייה, אובססיה, פאניקה, סומטיזציה, בעיות תפקודיות (כמו סינדרום המעי הרגיז, כאבי ראש וכדומה), דיכאון קליני מג'ורי עם נטיות אובדניות, כל הטווח הנירוטי וההפרעות האישייות. הטיפול מתאים גם להפרעות פסיכוסומטיות אצל מטופלים עם מבנה של fragile character, הנוטים להתנגדות קשה, אך עם שינויים בטכניקה הקלאסית. (Davanloo, 1995 a). אוסימו (קומוניקציה אישית, 2013) רואה בדבנלו את האבא של כל המודלים של ה-EDT.

הגל השלישי-EDT (משנות ה-90 ואילך)

במבוא לספרה של Coughlin Della Selva (1996), מלאן נשמע נלהב פחות מעבודתו של דבנלו. הוא עמד מאחורי ההצהרה הראשונית על חשיבות הגילוי שאפשר להתמודד עם ההתנגדות לשינוי, אך טען שניבוי לגבי הפיכת הגישה למרכזית בפסיכותרפיה, לא התממשה. להערכתו, הסיבה לכך קשורה בקושי של המטופלים להשתמש בטכניקה, שהינה אוורסיבית למטופל ולמטפל.

חלק מתלמידיו של דבנלו, (כמו מקקולו, אלפרט, פושה ואוסימו), חשו כמו מלאן וחיפשו דרכים רכות יותר, כדי להגיע לתוצאות הדומות לדבנלו. אוסימו קורא לטכניקות הנ"ל טכניקות שמש, לעומת הטכניקות של דבנלו שקרא להן טכניקות רוח (Osimo&Stein,2012).

חלק מתלמידיו של דבנלו, נשאר נאמנים באופן מלא לגישתו התיאורטית והטכנית. נציין חלק מהבולטים שבהם: (2002) Abbass, Coughlin Della Selva (1996), ten Have-de Labije (2001) a,b) וכן (2003) Neborsky שהוסיף את מימד ה-Attachment לגישתו וקרא לה Attachment Based ISTDP קבוצה זו מחוייבת ל-Central Dynamic Sequence של דבנלו ולכן מדגישים את הצורך לטפל בנטיות לענישה עצמית מהרגע הראשון של הטיפול.

תלמידים אחרים שינו חלק מהעקרונות התיאורטיים והטכניים ובהתאם לכך שינו גם את השמות של הגישה שלהם, כמו: (2003,2008) Kalpin, (2005) Magnavita, (2000,2001) Fosha, (1992) Alpert, (1997,2003) McCullough ו-Osimo, (2003,2012).

כל תלמידי דבנלו הנ"ל, הקימו את האגודה הבינלאומית של הטיפול הדינמי החווייתי (IEDTA) במילאנו ב-2001, כשאוסימו היה היו"ר הראשון שלה. חברי האגודה מסכימים לגבי ההבנה התיאורטית של מלאן ודבנלו. מאידך, ישנו פלורליזם לגבי הטכניקות להגיע לשינוי.

ההסכמה התיאורטית של גישת ה-EDT

המטפל והמטופל עסוקים באופן אקטיבי בגילוי ההגנות (D), החרדה (A) והרגש (F/I), (משולש הקונפליקט של מלאן), כפי שמופיעים במערכת היחסים הטיפולית. המטרה הינה לסלק את המחסומים (D), לחוויה הרגשית המתקנת, המאפשרת חוויה וביטוי אדפטיבי של רגשות וצרכים נורמאליים ש"נקברו". קולין דלה סילבה, (1996), פושה, (2000), מקקולו, (1997), אוסימו, (2003), ten Have de – Labije, (2010), עבס, (2002), ניבורסקי, (2003), הראו כיצד ניתן להעמיק את החוויה הרגשית בטיפול.

מס' מאפיינים טכניים של חברי ה-EDT:

1. המטופל והמטפל יושבים אחד מול השני ללא שולחן ביניהם.
 2. משך הפגישה נע בין 50-60 דקות בד"כ. ישנם מטפלים שמאריכים את הטיפול אחת לשבועיים, למשך שעה וחצי, משום שלוקח זמן כדי לעורר ולחוות את הרגשות. מאותה סיבה, יש מטפלים המאריכים את האינטיימיק למס' שעות ברצף, עם הפסקות, כדי לבדוק את תגובתו של המטופל לטכניקות הטיפוליות וכן ליחסים עם המטפל, לצורך בדיקת התאמתו לטיפול דינמי קצר והאצת התהליך.
- חברי ה-EDT נוהגים לצלם את כל המפגשים הטיפוליים בווידאוטייפ לאחר שהבהירו למטופל את מטרת הצילום וקיבלו את הסכמתו בכתב לכך. הטיפול יכול להתקיים גם ללא צילום, במידה והמטפל מסכים לכך. מסורת הצילום בווידאוטייפ החלה עם דבנלו, שחקר במשך 20 שנים את אינטיימיקות הווידיאו של עצמו ומשם הגיע להבנה התיאורטית ולהתערבויות השונות. תצפיותיה של מקקולו ושל מישל אלפרט על אינטיימיקות הווידיאו של דבנלו ובכלל אפשרו להם לפתח גישה טיפולית רכה יותר על מנת להגיע לתוצאות טיפוליות דומות לאלו של דבנלו (אצל Solomon&Neborsky, 2001). אלפרט מציין שהמטפל והמטופל מתוחים ועסוקים באיך נראים ב אינטיימיקות הווידיאו כשהם צופים בהם בפעם הראשונה, אך הנ"ל נעלם ברוב המקרים לאחר הצפייה הראשונה (אצל Solomon&Neborsky, 2001 עמ' 108). (נציין שהמשתתפים ב Israeli Core Training בהנחיית ד"ר אוסימו, מצלמים את הטיפול בהסכמת המטופלים. להפתעתנו המטופלים קיבלו זאת בהבנה ובקלות יחסית, כאשר המטפל הציע להם אפשרות זאת באופן נינוח.)

הצילום מאפשר

- א. למטופל ולמטפל לראות את הווידיאו בנפרד בין הפגישות, במידה וחשים שיש צורך בכך. אלפרט (Soloman &Neborsky,2001) נעזר בווידיאו, תוך כדי הטיפול, כשיש אי הסכמה בינו לבין המטופל לגבי מה שקרה בטיפול ולפעמים גם המטפל מופתע ממה שמגלה על תגובותיו. אלפרט ממליץ לאפשר למטופלים לצפות בווידיאו שלהם בין הפגישות ובמיוחד למטופלים הבאים:
 1. מטופלים הנוטים להשליך דחפיהם על המטפל. הנ"ל לא נוטים להיתרם ע"י הטיפול עקב השלכותיהם. הצפייה בווידיאו מסייעת להם לראות את השלכותיהם ולא פעם הם מתנצלים על תגובותיהם כלפי המטפל וזה עוזר למטפל להיפתח אליהם מחדש.
 2. מטופלים חרדים שיש להם צרכי שליטה, או שלא זוכרים את תוכן הפגישה יכולים לצפות ב אינטיימיקות הווידיאו בתנאים יותר רגועים ולהפיק תועלת רבה יותר מהטיפול.
- בכל המקרים הנ"ל הברית הטיפולית מתחזקת. אלפרט מציין שיש מטופלים שנעזרים בצפייה ב אינטיימיקות הווידיאו שלהם כשהם ברגסיה או אפילו לאחר סיום הטיפול כדי לחזק עצמם (אצל Solomon&Neborsky, 2001 עמ' 108-109).

- ב. EDT ממליצים לצפות בהאינטייקת ווידאו של מטפלים מובילים, לצרכי למידה. מתמחים ומשתלמים יכולים ללמוד כיצד הטיפול נעשה בפועל, בגישת ה-EDT על גווניה.
- ג. הצילום מאפשר לחקור את גורמי השינוי בצורה מדעית יותר, שאינה תלויה בדיווח המטפל.

המאפיינים העיקריים של חברי ה-EDT, בקיצור

Allan Abbass (2012): ממשיך מובהק של דבנלו. תרומתו החשובה ביותר של עבס הינה, מחקריו הקליניים (2002, 2006, 2007, 2008a/b), שהוכיחו שגישת ה-ISTDP של דבנלו, יכולה להקטין באופן משמעותי את ההוצאות של הרשויות הסוציאליות והרפואיות, בעקבות שינויים רגשיים משמעותיים של המטופל תוך זמן קצר יחסית. עבס נחשב כאחד החוקרים העיקריים בתחום הטיפול הדינמי-חוויתי. מחקריו חשובים לביסוס ההוכחות האמפיריות של טיפול EDT (Abbass et al. 2012)

Josette ten Have de Labije (הולנד) (2001 a,b): החלה את דרכה כמטפלת התנהגותית, אך כיום הינה ממשיכה מובהקת של דרכו של דבנלו. היא זיהתה את הסימנים המרכזיים של ה'סופר-אגו' (אני-עליון) ההרסני, המעניש, הזנחה, צימצום, הפחדה, התעלמות והכחשה עצמית. (ten Have de Labije & Neborsky, 2012). כמו כן, היא חידדה את הסימנים הקליניים של החרדה שדבנלו הצביע עליה (ten Have de Labije, 2006): מטופלים עם כוחות אגו חזקים, נוטים לחוש בסימנים של חרדה המתבטאים כמתח גופני, או בסימנים המתבטאים בעלייה בלחץ הדם, בקצב הנשימה ודפיקות הלב. מטופלים בעלי אגו חלש יותר חשים בחרדה המתבטאת בשיתוק או ב"death". החרדה של מטופלים בעלי אגו שברירי, תתבטא בפגיעה בתהליכי החשיבה והתפיסה שלהם, כלומר: תהליכי החשיבה לא יהיו קוהרנטיים, בקצב איטי או מואץ ויהיו הפרעות בתוכן החשיבה. (אוריינטציה לזמן, מקום ואנשים). כמו כן, תהיה פגיעה **בדיוק התפיסתי**: החזותי, שמיעתי, בראייה המרחבית, בתחושת צילצול באוזניים ו/או תהיה הלוצינציה ודיסאסוציאציה.

Neborsky (2003): הממשיך הכי מדויק של דבנלו. הוא רואה בגישתו של דבנלו לפסיכופתולוגיה, כתת קבוצה של תיאוריית attachment. ניבורסקי, עובד עם המודל של Ainsworth של התקשרות בטוחה, כמקור לפסיכופתולוגיה גם של הנירוזה. ניבורסקי יישם את גישתו של דבנלו גם בטיפול בזוגות, יחד עם Solomon, כדי לסייע בשינוי הנטיות ההרסניות שלהם

לטענתו, אי אפשר ליישם את הגישה של דבנלו באופן רובוטי. התהליך המואץ של דבנלו כולל עירבוב של התת מודע של המטפל והמטופל ואיכות זו היא שמניעה את הטיפול לפתרון מוצלח. לדבריו, לדבנלו יש אינטואיציה חדה ומהירה לזהות מתי המטופל מתגונן מפני רגש אמיתי. (אצל, Solomon & Neborsky, 2001).

Coughlin Della Selva (1996): נשארה נאמנה לדבנלו. אך גישתה רכה יותר מגישתו של דבנלו. למרות זאת הישגיה הטיפולים דומים לשלו. היא רואה ומפרשת את ההגנות ככאלה שהיו הכרחיות להישרדות בילדות. דלה סילבה, נעזרת בתמיכה, עידוד וסימפטיה למטופל בתדירות גבוהה. כמו כן, היא מדגישה את הצורך לחזק את הנטייה לדאגה והגנה עצמית. הרכות הזו, אינה מקטינה את הנחישות שלה, שלא לוותר למטופל. השילוב הזה מאפשר את האצת התהליכים וקיצור הטיפול.

Kalpin (2003,2008) : קלפין קרא לגישתו " Mindfulness informed experiential dynamic therapy ובקיצור EDT (MI-) . "התרומה הכי מקורית של קלפין הינה, האינטגרציה שבין השימוש הטיפולי בגישת ה- Mindfulness , לבין ה- EDT (Kalpin, 2008). לדבריו, "מטופלים מתבלבלים לרוב ע"י המונח "קירבה רגשית" ויכולים לתת לכך מספר פירושים. אבל לרבים יש מושג אינטואיטיבי מה פירוש להיות נוכח (To be present) ... לרוב אני מציג את הנושא ע"י השאלה : How present do you feel right now?...and to what degree do you feel present here with me?(Kalpin,2003) קלפין התמקד בשאיפה למצוא דרכים פרקטיות להשתמש במונחים פסיכו דינמיים מרכזיים, בדרך פשוטה ויעילה, הן במונחים שפתיים והן בשמירה על מהות המושגים. להלן דוגמא קלינית, כיצד אפשר לתאר את תהליך ההשתחררות מהנטייה לענישה עצמית, המתבטאת בהתקפה סדיסטית כלפי העצמי: "It is the remorse that is defended against, and it is the defenses against the experience of this remorse which cripples the whole emotional system and inhibits the person's potential". "In order to successfully avoid the experience of this remorse, one must make sure to never experience anger toward someone who is also loved (...). Therefore anger must be avoided and love and closeness must also be avoided."(ibid). When, instead, sadistic impulses toward someone who is also loved are experienced with sufficient intensity, then remorse and sadness (guilt and grief) are also experienced.(ibid). Once the feared affects have been experienced, the defenses against these feelings are no longer necessary".(ibid)

Alpert , (1992) : קרא לגישתו " Accelerated empathic therapy " ובקיצור AET . אלפרט חיפש דרכים כיצד לטפל טיפול קצר, במטופלים שהטיפול של דבנלו גרם להם להצפה רגשית, בלבול או חרדה גדולה, כאשר המטפל לחץ או איתגר את ההגנות. הוא צפה באינטייקי הוידאו של דבנלו ושם לב, שהמטופלים נפתחו לא מיד לאחר שהייתה "פריצה פנימה", אלא לאחר שהמטפל התמתן , הפסיק ללחוץ על המטופל והפך לחומל. תצפית זו גרמה לאלפרט לשער שהאכפתיות, הדאגה והחמלה היא זו שגרמה להופעת רגשות וזיכרונות "קבורים". מאידך, כשניסה להציע את החמלה למטופלים, הם התעלמו מכך. אלפרט שיער שהסיבה לכך, קשורה בעובדה שבילדותם לא קיבלו חמלה, דאגה ותיקוף. הם נטו להאשים עצמם בכך ולא את הוריהם, הן משום שקיים חשש שיותקפו בחזרה ע"י הוריהם והן משום שחוששים להתערער, אם יכירו בכך שיש להם הורים בעיתיים. הנ"ל יעדיפו ליצור פיקציה שהם מוגנים ובטוחים ולא להאשים את הוריהם. בעקבות כך, הם נוטים לבקר את עצמם ולחפש קרבת אנשים ביקורתיים. בהתאם לכך, מטופלים בתחילת הטיפול לא יגיבו לחמלת המטפל, משום שהם לא מצפים לה ולא מאמינים לה.

גישתו קצרת מועד הושפעה מהעמדה האמפטית של קוהוט. בניגוד לדבנלו הרואה עצמו כמנתח המנקה את החלק הנגוע, אלפרט הינו פחות היררכי ונותן קרדיט להתקדמות של המטופל. הוא עובד באופן בלעדי על היחסים בין העצמי והאחר, ע"י התמקדות מדויקת ומפורטת, על חווית המטופל בקשר עם המטפל בתוך הטיפול. תהליך זה גורם להופעה ספונטנית של אסוציאציות ביחס לעבר ומאפשר לעבד טראומות עבריות. אלפרט עובד בתוך השדה האינטרוסוביקטיבי, הוא מקבל את העיוותים, תגובות היתר או תגובות החסר כבעלות תוקף. הוא נמנע מחודרנות ופירושים. (אצל, Solomon & Neborsky , 2001)

Diana Fosha (2000,2001) , Accelerated experiential dynamic psychotherapy (IE-DP) : ובקיצור IE- DP . פושה הלכה לקצה השני של העמדה הקונפונטטיבית של דבנלו. פושה טוענת שאין צורך לתקוף את ההגנות וההתנגדות, כדי להגיע לתת מודע, אלא אפשר להאיץ תהליכים ע"י גישה מאשרת, אמפטית, בעלת אוריינטציה של תרפיית התקשרות, שבה נעזרים ברגשות המטפל, כלפי רגשות שהמטופל נמנע מלחוות. עמדתה התרפויטית נשענת על העובדה שיש למטופל דחף

להתקשרות, שבזכותו המטופל יחפש הקלה והבראה של כאבים שנגרמו עקב טראומה, ע"י אינטימיות עם האחר, כאשר התנאים יהיו בטוחים מספיק.

פוסה (2003, p.3) חקרה את ההיבטים הנירוביולוגיים של הרגשות וויסותם. המרכזים של הרגשות וויסות הרגשות נמצאים במח הימני, שהינו החלק הכי בשל והכי דומיננטי ב-3 השנים הראשונות לחיים. עובדה זו רומזת לראשוניות של הרגשות וכן על מהות התפקוד המנטלי בשנים אלו. תפקודי המח הימני כוללים, תהליכים שהינם רגשיים, חזותיים/דמיוניים ותחושתיים גופניים. השפה, שהחוויה הרגשית מקודדת בה, אינה ליניארית ואינה מתווכת באופן לינגוויסטי, אלא ממוקדת גוף וחוויתית. לדבריה, עובדות אלו ואחרות תומכים בטעון שההתמקדות בטיפול צריכה להיות על התחלקות בחוויות רגשיות, כדרך להקשיב ולהיות באינטראקציה עמוקה עם האחר.

McCullough (1997,2003): מקקולו קראה לגישה **Affect phobia therapy (ATP)** ובקיצור ATP. היא למדה בתחילה טיפול התנהגותי אצל קאוטלה (תלמידו של סקינר) ואחר כך טיפול דינמי אצל מלאן ובהמשך אצל דבנלו. מלאן, במבוא לספרה מ-1997 כתב, שדבנלו גילה את הדרך להגיע במהירות לתת מודע בעזרת הקונפרונטציה ומקקולו גילתה שאפשר לעשות זאת בדרך רכה, מווסת חרדה. מקקולו ערכה מס' מחקרים על הגישה הטיפולית של דבנלו (1998,2000,2003) וגילתה:

„ישנה חשיבות גבוהה לחוות רגשות באופן אינטנסיבי בטיפול והחוויה הרגשית מחוללת שינוי יותר מאשר תובנות אינטלקטואליות (אצל, Solomon&Neborsky,2001). מקקולו הטיבה לתאר את חשיבות החוויה והביטוי הרגשי בחיי היום יום: „the more one is able to laugh when one feels happy, cry when one feels sad, use anger to define specific limits, to make love passionately and to give and receive tenderness fully and openly, the more distant one travels from suffering. The more joy of living one feels, the easier it is to be generous and live with others“.

ההבנה של מרכזיות הרגשות, הובילה אותה כמטפלת התנהגותית בראשיתה, לראות בעיות נפשיות רבות כ- "Affect phobia" דהיינו: כמו שיש פוביה מגירויים חיצוניים, כך יכולה להיות פוביה גם מרגשות פנימיים כואבים.

מקקולו רואה את הטיפול כעזרה לבנות מחדש, או לסייע בביטוי אדפטיבי של מערכת ההתקשרות של המטופל. במחקרה הנ"ל גילתה, שיש צורך לווסת את החרדה המתעוררת בעקבות העבודה על ההגנות, במיוחד למטופלים עם GAF פחות מ-70. כ"כ יש צורך להשתמש בחשיפה הדרגתית של הרגשות שיש כלפיהם פוביה (F/I) ודי מהר לווסת את החרדה. זאת בניגוד לגישה של דבנלו וסיפנאוס, המציפה בחרדה. כל התיאורטיקנים של ה-EDT קיבלו את מסקנתה של מקקולו.

מקקולו הכירה בחשיבות של תפיסת המטפל כ- "REAL PERSON". "למרות שחשוב לפתור את עיוותי הטרנספרנס, אבל הקשר הרגשי האנושי האמיתי בין המטפל למטופל הינו יותר בסיסי לשינוי האופי, מאשר עבודה על הטרנספרנס" (McCullough, 1997).

עבודתה של מקקולו מסייעת בשיקום היחס לעצמי, היא מעודדת חמלה עצמית, בניגוד למסכנות, לביקורת עצמית או לענישה עצמית. כמו כן היא מסייעת להבנות מחדש את היחס לאחר (Solomon&Neborsky,2001).

טיפול הרך של מקקולו מתאים למטופלים עם GAF שבין 51-70 והוא כולל גם טיפול בהפרעות אישיות מקלסטר C: המנעותית, תלותית, אובססיבית קומפולסיבית, דפרסיבית ופסיבית אגרסיבית (McCullough,1997).

Osimo (מילאנו, איטליה): **Intensive experiential dynamic psychotherapy** ובקיצור IE-DP. אוסימו הינו פסיכיאטר, פסיכותרפיסט ועוסק במחקר על הטיפול הדינמי קצר המועד. אוסימו למד אצל מלאן וחיבר איתו ספר, בעקבות מחקר משותף על התהליך הטיפולי ותוצאותיו

(Malan&Osimo,1992). ממחקר זה למד, שאחד הגורמים המשמעותיים מחוללי שינוי עבור שהמטופלים זכרו מימדים אישיים שהמטפל הינו "REAL PERSON" ושהטיפול הינו REAL ובעל ערך.

הממצאים הנ"ל גרמו לו להעמיק את הידע בתאוריית ה- ATTACHMENT של בולבי וכן להשתתף בתכנית ההכשרה של דבנלו. כמו כן אוסימו השתתף גם בתכנית המחקר של מקקולו, על הטיפול קצר המועד, בביה"ס לרפואה של אוניברסיטת הרווארד.

גישתו של אוסימו קרובה לזו של מקקולו, אבל בשונה ממנה הוא משתמש בקונפונטציה כשיש צורך לכך ואילו עמדתה של מקקולו תמיד רכה (תקשורת אישית, 2013).

למרות שאוסימו העריך מאוד את החידושים התיאורטיים והטכניים המהפכניים של דבנלו, הוא הרגיש שההתערבויות ב- CENTRAL DYNAMIC SEQUENCE הינן נוקשות מדי, הכופות רצף צעדים ידוע מראש ומונעות שימוש מלא בהיבטים אמיתיים של היחסים הבינאישיים בין המטפל למטופל.

אוסימו (2002,2003) פיתח גישה טיפולית שונה מדבנלו. הוא מתייחס למטופל כאדם שלם ולא רק לפתולוגיה שלו. לדבריו הטיפול יעיל יותר, כאשר משלבים באופן הרמוני בין דאגה ליחסים האמיתיים עם המטופל, לשימוש בטכניקות (Osimo,2003).

תרומה משמעותית נוספת של אוסימו הינה הרשימה של 9 ההתערבויות הטיפוליות, שמשפיעות על השינוי וקיצור הטיפול. אוסימו ממליץ להשתמש בהתערבויות הנ"ל בדרכים בכמות ובתזמון, בהתאם לצרכים הספציפיים של המטופל ברגע נתון בטיפול (Osimo&Stein,2012).

תשע ההתערבויות הינן:

1. יחסים אמיתיים
2. מירורינג (mirroring)
3. לקיחת היסטוריה ופרספקטיבה חדשה של אירועים
4. וויסות חרדה
5. הבניה מחדש של ההגנות
6. הולדת רגשות
7. הבניה מחדש של הסופר אגו
8. פירושי קישור בין דפוסי התנהגות בהעברה בהווה ובעבר.
9. הבניה מחדש של היחס לעצמי ולאחר.

להלן נציין את הגורמים המיוחדים לאוסימו:

יחסים אמיתיים: התרומה הכי מקורית של אוסימו הינה הלימוד כיצד האספקטים האמיתיים של היחסים עם המטפל יכולים להפוך למנוף הראשי לשינוי משמעותי. שימת הלב המדוקדקת ליחסים עם המטופל והדאגה החיובית לכך, יוצרת קשר רגשי עמוק עם המטפל. התהליך הנ"ל מאפשר להעצים עוד יותר את יתר ההתערבויות.

הולדת הרגשות: כל מה שהמטפל יכול לעשות, כדי שהמטופל יוכל לחוות רגשות עמוקים מרגע שהתעררו, דרך הווייתם בגוף ובאופן מנטאלי, דרך ביטוי המילולי וההתנהגותי עם המטפל ובחיים האמיתיים. הנ"ל מושג ע"י קשר רגשי עמוק עם המטפל, בדומה למיילדת המסייעת ליולדת ללדת.

Character hologram: (מיונית עתיקה שמשמעותה תמונה שלמה). מטופלים ערים רק לחלק מאופיים. ההולוגרמה מאפשרת למטופל לראות עצמו באופן מלא וכן כיצד הוא יוצר אינטראקציה עם האחר. המירורינג, לקיחת ההיסטוריה והתצפיות על אופי הקשר בין המטפל למטופל, הינן חלק מהמקורות המסייעים ליצור את ההולוגרמה.

לסיכום,

הזרעים שנזרעו ע"י האבות המייסדים, ביחס לאפשרות להאיץ ולקצר את הטיפול, הופכים יותר ויותר לעצים עתירי פירות. כל הגישות מסכימות שהמטפל קצר המועד צריך להיות אקטיבי ולא פסיבי (צייד ולא דייג). האקטיביות של המטפל בא לידי ביטוי בעבודה על ההגנות באופן קונפונטטיבי (דבנלו), או באופן רך ואמפטי יותר (אלברט, פושה, מקקולו ואוסימו). חברי EDT קיבלו את המלצתה של מקקולו לנסות את החרדה. העבודה על ההגנות מאפשרת לוותר עליהן יחד עם וויסות החרדה,

יוצרת חוויה רגשית מתקנת המאפשרת מתאפשרת חוויה של רגשות, דחפים, רצונות וצרכים ש"נקברו".

נראה שגישתו של אוסימו, "התופרת" עבור המטופל הספציפי שימוש במינונים שונים של תשעת הגורמים מאיצי התהליך והממזגת בין יחסים אמיתיים משמעותיים עם המטופל להתערבויות שונות הינה גישה אינטגרטיבית המסכמת את רוב המגמות העכשוויות בעולם ה-EDT. לא פלא שגישתו נמצאה מתאימה גם: א. בפרקטיקה ציבורית (כולל שירותי בריאות הנפש ושירותי יעוץ לסטודנט באוניברסיטה) ופרטית. ב. לטיפול קבוצתי שצולם בווידיאו טייפ. ג. באופן חלקי טיפול במתבגרים. ד. לשיפור היחסים והאווירה בתוך ארגונים, הן לטובת העובדים והן לטובת צרכני השירות שלהם (אצל, Osimo&Stein, 2012).

מקורות:

Abbass,A.(2002). Intensive short-term dynamic psychotherapy in a private psychiatric office: clinical and cost effectiveness. *American Journal of Psychotherapy*, 56: 225-232.

Abbass,A,& Bechard, D. (2007). Bringing character changes with Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy. *Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy-Practice and Theory*, 11: 26-39.

Abbass,A, Hancock,J.T.,Henderson,J, & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oct.18 (4).

Abbass, A, Joffres, M, & Ogrodniczuk, J. (2008). A naturalistic study of intensive short-term dynamic psychotherapy trial therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*,8: 164-170.

Abbass, A,Sheldon, A,Gyra,J,& Kalpin,A. (2008). Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: a randomized controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196: 211-216 .

Abbass, A., Town,J. & Driessen,E.(2012). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Outcome Research. *Harvard Review of Psychiatry*, 20,2, 97-108.

Alexander, F , & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic Therapy, Principles and Application*. New York: Ronald Press [reprinted New York: John Wiley & Sons, 1974].

Alpert, M. (1992). Accelerated empathic therapy (AET): A new short-term dynamic psychotherapy. *International Journal of Short-term Psychotherapy*,7: 133-156.

Coughlin Della Selva, P. (1996). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. Theory and Technique*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Davanloo, H. (1989). The central dynamic sequence in the major unlocking of the unconscious and comprehensive trial therapy. Part II. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 4: 35-66.

Davanloo, H. (1990). *Unlocking the Unconscious*. Toronto: John Wiley & Sons.

Davanloo, H. (1995a). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Spectrum of Psychoneurotic Disorders. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 3 (4), 121-132.

Davanloo, H. (2000). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy- Central Dynamic Sequence: Phase of Pressure*, in: *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Selected Papers of Habib Davanloo, MD*, (pp. 183-208), Chichester, England, John Wiley & Sons.

Fosha, D. (2000). *The Transforming Power of Affect: A Model for Accelerated Change*. New York: Basic.

Fosha D. (2001). The dyadic regulation of affect. *Journal of clinical Psychology/In Session*, 57: 227-242.

Fosha, D. (2003). Dyadic regulation and experiential work with emotion and relatedness in trauma and disordered attachment. In M. F. Solomon & D. J. Siegel (Eds.). *Healing trauma: Attachment, trauma, the brain and the mind*, pp. 221-281. New York: Norton.

Freud, S. (1937). Analysis terminable and interminable. In J. Strachey (Ed. And Trans). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol.23)*. New York : Norton, 1961.

Ten Have-de Labije, J. (Ed) (2001a). Red and green traffic lights on Davanloo's road to the unconscious. Part I. In: *J. ten Have-de Labije (Ed.), The Working Alliance in ISTDP: whose Intrapsychic Crisis?* Amsterdam: VKPD.

Ten Have-de Labije, J. (2001B). Davanloo's road to the unconscious: Working with a war traumatized patient and working with phobic patient. *Proceeding of the first IEDTA conference, Milan. Quaderni di Psichiatria Pratica, special issue*, 54-76.

Ten Have-de Labije, J. (2006). When patients enter with Anxiety on the Forefront. *Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy: Practice and Theory*;10,1.

Ten Have-de Labije, J. (2010) *The Collected Writings of Josette ten Have-de Labije*. Del Mar, CA: Unlocking Press.

Ten Have-de Labije, J. & Neborsky, J. (2012). *Mastering Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: a Roadmap to the Unconscious*. London :Karnac.

Kalpin A. (2001). Murder, guilt, and the rapid alleviation of superego imprisonment. Proceedings of the conference "Core Factors for Effective Short-Term Dynamic Psychotherapy. Milano May 10-12, 2001. *Quaderni di Psichiatria Pratica, VII, double issue* 17-18, 48-53.

Kalpin A. (2003). The use of "being present" in facilitating emotional closeness and emotional experience. *Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 7: 46-63.

Kalpin A. (2008). Implementing mindfulness in experiential dynamic therapy with a depressed patient. *Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 12: 22-38.

Magnavita, J.J. (2005) *Personality Guided Relational Psychotherapy: A Unified Approach*. Washington, D.C: American Psychological Association.

Malan, D.H. (1976a). *The frontier of brief psychotherapy*. New York: Plenum.

Malan, D.H. (1976b). *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy*. New York: Plenum.

Malan, D. H. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics* (Second edition). London: Hodder Arnold.

Malan, D. M., & Osimo, F. (1992). *Psychodynamics, training, and outcome in brief psychotherapy*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Malan, D. H. & Coughlin Della Selva, P. (2007). *Lives Transformed: A Revolutionary Method of Dynamic Psychotherapy*. London: Karnac.

McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating Psychotherapy for Restructuring Defenses, Affects, and Attachment*. New York: Basic.

McCullough, L. (1998). Short-Term psychodynamic therapy as a form of desensitization: treating affect phobias. *In session: Psychotherapy in Practice*, 4 (4), 35-53.

McCullough, L. (2000). Short-Term therapy for character change. In J. Carlson & L. Sperry (Eds.), *Brief Therapy Strategies with Individuals and Couples* (pp. 127-160). New York: Zeig, Tucker and Theisen.

McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., and Lanza-Hurely C. (2003a) *Treating Affect Phobia: A manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New-York: Guilford Press.

McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Valen J., Hatch D. and Osimo F. (2003b). The reliability of the Achievement of Therapeutic Objectives (ATOS) Scale: A research and teaching tool for psychotherapy. *Journal of Brief Psychotherapy* 11,2.

Neborsky, R. (2003). *A clinical model for the comprehensive treatment of trauma using an affect experiencing–attachment theory approach*. In M.F. Solomon & D.J. Siegel (Eds) (2003).

Osimo, F. (2002). Brief psychodynamic therapy. In: J.J. Magnavita (Ed.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy: Psychodynamic and Object Relations Psychotherapies*. New York: John Wiley & Sons.

Osimo F. (2003). *Experiential Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Manual*. Bloomington: AuthorHouse.

Osimo F. & Stein M. (Eds) (2012). *Theory and Practice of Experiential Dynamic Psychotherapy*. London: Karnac.

M. F. Solomon & D. J. Siegel (Eds.) (2003). *Healing trauma: Attachment, trauma, the brain and the mind*. New York: Norton.