

## סקירת הכנס פסיכותרפיה בשיקום- תיאוריה ומעשה

סוקרת: רינת יעקבי

בתאריכים 10.12.2014 ועד ה- 11.12.2014 נערך הכנס השנתי השני של החטיבה השיקומית בהסתדרות הפסיכולוגים בישראל בנושא "פסיכותרפיה בשיקום- תיאוריה ומעשה". הכנס כלל שלושה מושבי מליאה אשר עסקו בנושאים הנוגעים בתחום השיקומי, וכן מגוון סדנאות.

### מושב המליאה הראשון- סוגיות בשיקום נוירופסיכולוגי.

מנחי המושב- דר' יגאל גרוס, גב' נעמי גבע.

**מפגש סיכום אבחון נוירופסיכולוגי כהתערבות טיפולית- ניתוח תיאורטי לפי עקרונות של טיפול מוגבל בזמן והצגת תיאור מקרה. גב' נרקיס בר לב וגב' מורן רן.**

ההרצאה הראשונה במושב התבססה על ניסיון הרב של המרצות באבחון והעברת פגישות משוב במסגרת המכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש, והתמקדה בניהול מפגש המשוב המהווה את פסגת העבודה האבחונית. מטרתו של מפגש המשוב היא לאפשר למאובחן להבין באופן עמוק ומדויק את מצבו על החלקים החזקים והקשיים הנוירופסיכולוגיים, וכן לקבל הכוונה לגבי הצפוי לו. למפגש המשוב פוטנציאל רב לשמש כהתערבות טיפולית, וקיימת הקבלה תיאורטית ומעשית בינו ובין טיפול מוגבל בזמן.

ההערכה הנוירופסיכולוגית מבוססת הן על תוצאות המבחנים והן על ההיסטוריה האישית של המאובחן. כמו כן, ניתנת תשומת לב רבה לרשמי התצפית של המאבחנים על התנהלות המאובחן בזמן האבחון. ממצאים אלו מתקבצים לכדי תמונה כללית של מצב המאובחן המאפשרת לנסח מטרות ברורות השגה עבורו. על מנת לאחד ולגבש את הידע אודות החלקים הקוגניטיביים, האישיותיים והרגשיים על המאובחן להיות גמיש ויצירתי. מאבחן שעושה עבודה כזו, יוכל למנף את כל הידע שנצבר לתהליך השיקום אשר תחילתו במפגש המשוב המטווה את נקודת המוצא לתהליך השיקומי.

במפגש עצמו נוכחים אנשים משמעותיים למאובחן שמצפים יחד אתו למשוב, אך המאובחן הוא מרכז המפגש והשיח מתבצע בעיקר אתו. המרצות הדגישו כי יש להביע כלפי המאובחן אמפתיה לאורך כל התהליך ולבחון היטב כיצד הוא מקבל את הדברים. רק כך ניתן לחבר אותו לאחת המטרות החשובות של פגישת המשוב- החשיבה לגבי העתיד.

הספרות בנושא פגישת המשוב אינה מציגה הגדרה ברורה וחד משמעית לתהליך המתרחש בפגישה זו, ומקורות ספורים בלבד מציעים קווים מנחים והמלצות עבור מפגש קריטי זה. בהרצאה, תיארו המרצות מספר עקרונות משמעותיים לשיחת המשוב- 1. עיתוי- בסיום האבחון ולאחר שקיימים נתונים וציונים. 2. משך- שעה, טווח זמן שמכבד את טווח הקשב של המאובחן ושל המאבחן. 3. שימוש בשפה מותאמת- שפה מובנת למאובחן. 4. התייחסות ליכולות ולקשיים- התמקדות בנקודות הקושי והחוזק וסינון ממצאים מרכזיים פחות. 5. הצגת דוגמאות מהמבחנים וחיבור ליומיום של המאובחן.

המרכיב הטיפולי במפגש הסיכום מושג באמצעות עיצוב נכון של המסרים המועברים. על המאבחן לנסח מסר מרכזי המנוסח באופן ברור וכולל התייחסות לשאלות ספציפיות. המאבחן עשוי להגיע טעון רגשית למפגש ויש להעביר אליו מסר מעובד ומובנה שיוכל לקחת הלאה.

המרצות הקבילו רעיון זה לשלב ההערכה שמציע מאן בהקשר של טיפול קצר מועד. מאן הציע כי מדובר בהערכה שבה מנוסח מסר מרכזי אשר יהווה את מוקד הטיפול, והדגיש את מרכיב התשתית האמפטיית המשמעותית עבור הצלחת תהליך הטיפול קצר המועד. בדומה, על המאבחן לפתח מטריצה אמפטיית כלפי המטופל שתאפשר יצירת ברית טיפולית משמעותית. בבסיס תהליך זה נמצאת היכולת לתת למאבחן הרגשת "נראות" אשר תיווצר במהלך האבחון כולו ותגיע לשיאה בפגישת המשוב. תחושת הנראות נוצרת מתוך התייחסות המאבחן לקשיי המאבחן באופן שמאפשר לו לעבור לשלב ההסבר של הקשיים ושל דרכי ההתמודדות עמם. ההכרה בקשיים מספקת הכרה ותיקוף לחוויות שיתכן כי המאבחן חווה במשך תקופה ממושכת. מתוך התיקוף, המאבחן יוצא אל ההסבר ומתייחס לאופן בו הקשיים משפיעים על המאבחן ולדרכים בהן ניתן לפעול כדי לקדם את תפקודו.

### **"החולה המדומה": בדיקות אמינות באבחון נירופסיכולוגי: ד"ר דוד ענקי.**

ההרצאה השניה במושב עסקה באיתור בעיות אמינות של מאובחנים- סוגיה נפוצה העולה במהלך אבחונים נירופסיכולוגיים ובפרט בהקשרים של תביעות משפטיות וניסיון לקבלת כספי פיצויים.

ד"ר ענקי פתח את ההרצאה בתיאור מקרה שהמחיש את הצורך בבחינת מידת האמינות של המאובחן באבחון הנירופסיכולוגי. תיאור המקרה התייחס לאדם בעל ציון וכסלר גבולי אשר מצליח להחזיק במשרה מכובדת הדורשת יכולות גבוהות. בשל הפער בין ציוני המבחנים לתפקוד היומיומי הועלתה שאלת אמינותו של המאובחן. פערים מסוג זה מהווים בדרך כלל את נקודת המוצא לבירור לגבי אמינותם של מאובחנים והאפשרות של התחלות.

התחלות (malinger) מתייחסת לייצור מכוון כוזב או מוגזם של סימפטומים גופניים או נפשיים. התחלות אינה הפרעה פסיכיאטרית, אך מופיעה ב- DSM כחלק מסקציית המצבים המיוחדים שיש להכיר. במרבית האבחונים אין חשד להתחלות, אך על פי ה- DSM, יש לבחון את האפשרות של התחלות במצבים הבאים:

- קיים הקשר רפואי משפטי
- קיים פער ניכר בין המצוקה או המוגבלות המדווחות לבין ממצאי האבחון
- ניכר חוסר שיתוף פעולה של המאובחן בעת הבדיקה המשפטית או בזמן מתן טיפול
- קיומה של הפרעת אישיות אנטי חברתית

הגדרת תופעת ההתחלות והדרך לאבחונה לא השתנו במשך 30 השנים האחרונות על אף שהמחקר בתחום הלך והתרחב. ממצאיהם של למעלה ממאתיים מחקרים שנערכו בשלושים השנים האחרונות מצביעים על מספר בעיות הנוגעות להגדרת מצבי התחלות.

אחת הבעיות נוגעת לכך שהתחלות היא הגדרה קטגוריאליה ולא ממדית, בעוד שהתופעה עצמה היא בעלת אופי ממדי. כמו כן, מדובר בהגדרה גורפת ומונוליתית (למשל, חוסר שיתוף פעולה) אך בו זמנית מצומצמת (למשל, אין התייחסות לתחום הקוגניטיבי). בעיות נוספות נובעות מתנאי הכוונה המתייחס לייצור מכוון של סימפטומים. תנאי זה כמעט ובלתי אפשרי להוכחה, אלא אם המטופל מודה בכוונת ההתחלות שלו. גם התנאי לקיומו של מניע חיצוני קשה לבחינה היות ומניעים פנימיים וחיצוניים משמשים יחד בכל התנהגות אנושית. לבסוף, אין בסיס אמפירי המצביע על הקשר בין התחלות לבין קיומה של הפרעה אנטי חברתית.

בעיות אלו מבהירות שלא תמיד ניתן לאבחן באמצעות ה-DSM מצבי התחלות ואכן, קריטריונים אחרים פותחו מתוך הידע המצטבר ממחקרים. למשל, סליק הציע מספר קריטריונים הכוללים בין היתר ראיות ממבחנים נוירופסיכולוגיים המעידים על חוסר התאמה בין תוצאות לבין התנהלות במציאות. כמו כן, הוצע כי כאשר מזוהה התחלות יש להתייחס אליה באופן ממדי ולהבהיר האם ההתחלות הינה ברורה, סבירה או אפשרית. נוסף על כך, יש להתייחס לסוגי התחלות שונים הכוללים *התחלות טהורה* - המצאה מוחלטת של סימפטומים, *התחלות חלקית* - דיווח יתר של סימפטומים קיימים, העצמה וכדומה, ו*ייחוס שקרי* - הסימפטומים קיימים אך לא התחילו בנקודת הזמן שצוינה אלא בנקודת זמן אחרת.

מעבר לסוגי ההתחלות השונים יש להכיר את ההבדלים בין מצבים של אי השקעת מאמץ לבין העצמה של סימפטומים. במצבי אי השקעת מאמץ ההתנהגות במהלך האבחון מובילה לביצועים ירודים במבחנים קוגניטיביים. אי השקעת מאמץ יכולה לנבוע מהתחלות אך גם מסיבות אחרות כחוסר רצון של המאובחן, העדר כוחות נפשיים, העדר כוחות קוגניטיביים, תופעות דמויות דמנציה, בעיות יוזמה במקרים של פגיעות ראש ועוד. לעומת זאת, העצמה כוללת החמרת סימפטומים בדיווח עצמי כמו בראיון, שאלונים והתנהגות. היא יכולה לנבוע מהגזמה מכוונת אך גם מטעמים אחרים כגון סגנון תקשורת בינאישי, ניסיון קודם עם המערכת ועוד.

מבחנים לבחינת התחלות צריכים להיות בעלי רגישות וספציפיות, ואחד הכלים המתאימים לכך לדבריו של ענקי הינו ה-SIMS: שאלון המכיל 75 פרטים אשר משמש לאיתור מקרי התחלות. שאלון זה זכה לתיקוף רב בארץ אך אינו נקי מבעיות.

לסיכום, ד"ר ענקי תיאר כי למרות עושר הכלים האמפיריים הקיימים, ההמלצות והקריטריונים, הערכת אמינות במבחנים נוירופסיכולוגיים איננה מטלה פשוטה כלל ובמרבית המקרים אינה מאפשרת להגיע לכדי החלטה דיכוטומית.

**טיפול אוטונומיה וסגור עצמי אצל ילדים ונוער עם צרכים מיוחדים - מודל עבודה שיקומי חינוכי: שי פרנק.**

פרנק פתח את הרצאתו בתיאור המצב הקשה של בוגרי החינוך המיוחד. לדבריו, מרבית מסיימי הלימודים בחינוך המיוחד אינם משתלבים כראוי בקהילה ואפשרויות העבודה עבורם הולכות ומצטמצמות. כמו כן, מרבית מקבלי הקצבאות אינם משולבים במערך התעסוקתי. לדבריו של פרנק, שורש התופעה הוא בסביבה המטפלת שאינה מפתחת תחושות אוטונומיה וסגור עצמי בקרב אוכלוסייה זו. דוגמאות שכיחות הן אם שמסדרת את תיקו של ילד בן 12 הסובל מפיגור קל,

הסייעת שממהרת להרים עיפרון שנפל לנער אותו היא מלווה והורים המקלחים נער בן 16 המתמודד עם שיתוק מוחין.

השאלות העולה מדוגמאות אלו היא של מי הצרכים האלה? של מי החיים האלה בעצם? ומה הקשר בין מצבים אלו לבין שילוב תעסוקתי?

כדי לענות על שאלות אלו יש להבין את הגורמים למצב זה. הסיבה הראשונה נוגעת לרגע בו מאפייני הפרט פוגשים את מאפייני הסביבה. הילד בעל הצרכים המיוחדים מתקשה להסביר מה הם הצרכים שלו, להורים והמטפלים קשה לקרוא את הסימנים והם מגיעים למפגש עמו עם מטענים רגשיים כבדים המקשים על הבנתו. למשל, מטפלים מגיעים עם חמלה כלפי הילד וכך מחמיצים לא פעם את צרכיו האמתיים באוטונומיה והתפתחות. התוצאה הסופית היא שילדים עם מוגבלות נוטים לחוות יותר כישלונות, ולהיות בעלי מוטיבציה נמוכה, תפיסת עצמי נמוכה או מופרזת ותחושת מסוגלת נמוכה לעומת ילדים בני גילם שאינם סובלים ממוגבלות.

הפתרון למצב סבוך זה מתחיל בתהליך של פיתוח אוטונומיה וסנגור עצמי שמטרתם להעניק לילד את האפשרות לחיות את חייו כשלו ולחתור לעבר פיתוח זהות אישית.

המודל שמציע פרנק מתייחס לשלוש חזיתות אפשריות להתערבות- חזית הילד, חזית ההורים וחזית הצוות. בכל חזית ניתן לפתח התערבויות מגוונות ורבות. בחזית הילד העבודה נעשית פעמים רבות דרך טיפול דיאדי. למשל, ילד אוטיסט המבטא את רגשותיו בדרכים שונות ולא מילוליות בתוך המפגש הטיפולי, מצליח לבטא את עצמו באופן מותאם ומקבל חיזוקים על ביטוי מילולי של רגשות בזמן אמת במקביל להפניית תשומת הלב של ההורים לכך. בחזית ההורים, ניתן לפתוח קבוצות הורים, הדרכת הורים והרצאות אשר יחזקו ויעשירו את יכולת ההתמודדות ההורית. בחזית הצוות ניתן לפתח סדנאות, הרצאות ושיח יומיומי הכוללים התייחסות להיבטים כפיתוח אוטונומיה.

בהקשר זה חשוב להבחין בין אוטונומיה לבין עצמאות. חלק מהילדים בעלי הצרכים המיוחדים לא יהיו עצמאיים עקב מגבלותיהם ולמרות זאת, ניצן לסייע להם לבסס חווית אוטונומיה.

לקראת סיום ההרצאה פרנק הציע מספר דגשים ליישום פרקטי בשטח. אחד הדגשים הוא התערבות מודעת המבוססת על מיקוד המודעות בזיהוי מצבי אוטונומיה וסנגור עצמי וחיזוקם. בנוסף, פרנק הדגיש כי חשוב לערוך מיפוי נכון של קשיי ויכולות הילד כדי להבין למה הוא מסוגל ולמה לא, ולדרוש ממנו בהתאם. המלצה נוספת היא לחכות שהילד יבקש לפני שנענים לבקשה שהוא עוד לא ביקש בעצמו. לבסוף, חשוב לתת מקום לביטוי רגשי של הילד מול ההורה כדי לעודד יצירת דיפרנציאציה וסנגור עצמי.

**טיפול פסיכודינמי אורך ממועד במטופלים לאחר חבלה מוחית עם פגיעה קשה בזיכרון- מקומו של הזולת עצמי : ד"ר אייל חלד.**

ד"ר אייל חלד פתח את ההרצאה בהתייחסות לכך שלא ניתן לשוחח עם מטופלים הסובלים ממצבי אמנזיה מבלי לחוש באימה המסתתרת מאחורי אי הידיעה מי אתה, מה קרה אתמול ומה יקרה מחר. את, מאחר וחלק מהותי מתפיסת העצמי שלנו תלויה ביכולת לנוע אחורה וקדימה על

ציר הזמן ולטוות סיפור המספר מי אנחנו. הוא המשיך בתיאור מקרה טיפולי של מטופל הסובל מפגיעה קשה בזיכרון ותיאר את התהליך הטיפולי שנערך עמו.

לאחר תיאור המקרה ד"ר חלד דן בהגדרת העצמי. העצמי מוגדר כמערכת מנטאלית אשר מארגנת את החוויה הסובייקטיבית של האדם ביחס למכלול הצרכים ההתפתחותיים שלו. בהגדרות נוספות קיימת התייחסות לעצמי כמהווה את המהות של החוויה האנושית ובתוכה תחושות, מחשבות, רגשות, תפיסות עצמי. כמו כן, קיימת התייחסות לשני סוגים של אוריינטציה ביחס לעצמי: אוריינטציה מיידית המתייחסת למי שאני ברגע זה, ואוריינטציה רציפה- אני על ציר הזמן.

ד"ר חלד תיאר את תפיסתו של קוהוט אשר הרחיב את הדיבור על העצמי והתייחס לעצמי מגובש כעצמי המאפשר מימוש של עצמנו, שאיפה וחתירה להגשמת מטרות. כדי שעצמי כזה יבנה, שלושה צרכים מרכזיים של הילד הצעיר צריכים להיענות: 1. שיקוף- צורך בנראות והתפעלות. 2. האדרה- הצורך להיות קשור לדמות חזקה שנותנת בטחון. 3. תאומות- צורך לחוש חלק מקבוצה שמקבלת את העצמי כדמות לגיטימית. על פי קוהוט, סיפוק צרכים אלו מתמלא על ידי הקשר עם פונקציית הזולתעצמי שממלא ההורה. כחלק מתפקידו כזולתעצמי ההורה אינו נתפס כישות נפרדת ועצמאית אלא כפונקציה העונה על צרכים לטובת העצמי. ככזה, הקשר עם ההורה כזולתעצמי מסייע בשימור הלכידות, החיות, יכולות הוויסות והאיזון של העצמי.

ברוח המונחים של עצמי וזולתעצמי ניתן לשער מה קורה אצל אדם הסובל מאמנזיה. הפגיעה בזיכרון פוגמת בתחושת הרציפות של האדם, מאחר וכשאין זיכרון אין רצף וקשה לגבש מודעות עצמית. ד"ר חלד תיאר את הקושי להתחבר לחוויה העצמית של מי אני כחוויה שיוצרת כאוס במציאות הפנימית (כי אני לא יודע מי אני), וכאוס חיצוני (כי אני לא יודע מה סדר הדברים שצריכים לקרות). בהתאם להשקפת פסיכולוגיית העצמי, המצב הנוצר הינו שבר של העצמי מבנים שהיו קיימים נשברים, מתפזרים ומאבדים את הארגון. אז, נוצרת נסיגה לצרכי זולתעצמי ארכאיים. כלומר, הצורך בהיענות לשלושת הצרכים הבסיסיים הופך לאינטנסיבי יותר. תהליכים אלו מעצבים את סגנון העבודה עם אוכלוסייה הסובלת מאמנזיה, כאשר לדעתו של ד"ר חלד, יש לראות בטיפול הרגשי ערוץ מרכזי ולא רק ערוץ תמיכתי.

ד"ר חלד תיאר טיפול באדם בעל אמנזיה שנערך לאורך שנתיים בתדירות דו שבועית. באמצעות המקרה הודגמה שיטת הטיפול מפרספקטיבת פסיכולוגיית העצמי ואף הוצגו מספר מאפיינים חשובים לטיפול באנשים הסובלים מאמנזיה. בין עקרונות אלו נכללו:

1. פגישות עקביות דו שבועיות היוצרות קביעות
2. חזרתיות על תכנים ושיחה מנקודות מבט שונות. החזרה על התכנים מאפשרת למטפל לשאול שאלות אחרות ולקבל נקודות מבט אחרות בעוד המטופל אינו זוכר את השיחה שנערכה קודם לכן על הנושא.
3. הטבעה של חוויה רגשית משמעותית היוצרת זיכרון מודע ולא מודע. הערוץ הרגשי מותיר הטבעה באמצעות עבודה נכונה.

אלמנטים אלו חיוניים לתהליך ההבנייה מחדש של גרעין העצמי- תהליך של ארגון מחדש של העצמי בהתאמה למוגבלות, בו מתרחשת "הבלעת המוגבלות" אשר הופכת להיות חלק מהעצמי

החדש. כמו כן, נערך ארגון מחדש של צרכי הזולת עצמי המביאים בחשבון את המוגבלות. בסופו של תהליך זה נוצר "העצמי המשוקם"- עצמי השונה במהותו מהעצמי הפרה מורבידי אך נבנה על יסודותיו, ויוצר עצמי אינטגרטיבי ומוצק שהפנים את המגבלה כחלק ממנו.

### מושב המליאה השני- עיבוד אובדן ותהליכי אבל. מנחי המושב- דר' יגאל גרוס, דר' יהודית רוכברג.

#### **תהליכי אבל ועיבוד אובדן לאחר פגיעה נרכשת בשיקום ילדים: ד"ר עינת יהנה**

ד"ר יהנה פתחה את ההרצאה בהתייחסות למיעוטה של ספרות מקצועית העוסקת בקשר בין אובדנים לבין מודלים שיקומיים ובתהליכי אבל ואובדן בשיקום ילדים.

לדבריה של ד"ר יהנה, מהלך החיים מפגיש כל אחד מאיתנו עם מצבי אובדן שונים על בסיס קבוע. עם זאת, מאחר ואנו נוטים לחשוב על אובדן במונחים סופניים כגון- "מוות" ו- "תמותה", פעמים רבות איננו תופסים את האובדים בחיינו כאלו. השדה הקליני שיקומי מספק קרקע רחבה לעיסוק קליני ומחקרי בנושאים של אובדנים שונים מאחר ובשדה זה קיים מפגש עם סוגי אובדן רבים. למשל, קטיעות מהוות אובדן של איבר, פגיעות חוט שדרה גורמות לאובדן של תפקוד, כוויות מביאות לאובדן של מעטפת האני או חוויות העצמי, פגיעות ראש מלוות בריבוי אובדנים בהיבטים שונים, ולבסוף, מצבים וגטטיביים (מצבי חוסר הכרה מתמשכים, "צמח") משקפים אובדן של כל מערכת התודעה. במצב האחרון, אין מטופל בחוויה הקיומית. בשפה מקצועית ניתן לכנות נוכחות זו כ-"נוכחת נפקדת".

ד"ר יהנה התייחסה באופן נרחב למקרים של מצבים וגטטיביים והדגישה את תפקידה של יחידת ההורים בהקשר זה. יחידת ההורים היא היחידה הראשונה בממשק של שיקום ילדים והיא משמשת, למעשה, כסוכנת שיקום. לטיפול ביחידת ההורים במצבים של אובדן בקרב ילדים ישנה חשיבות רבה היות ופעמים רבות תהליך עיבוד האובדן אצל ההורה והילד אינו מתקיים בסנכרון. למשל, פעמים רבות הילדים לא מודעים לחלוטין למצבם בעוד שההורים מודעים אליו ומבינים את משמעותו. בהקשר זה, התייחסות להורים כסוכני שיקום מאפשרת להקנות להם כלים לקידום הילד.

כדי להבין את חווית ההורה יש להתייחס לאובדן מתמשך ולצער כרוני. בספרות, אובדן מתמשך מתואר כאובדן המשקף התמודדות מתמשכת בעקבות אירוע חיים שלילי. הוא מלווה בתחושת אי וודאות ובצורך בהסתגלות חוזרת ונשנית והתאמות לאובדן, אשר אינן מוגבלות בזמן. האובדן מונע התפתחות חיים תקינה וקשור גם באובדן תקוות וחלומות. על בסיס אובדן מתמשך מתפתח צער כרוני הנובע מהחוויה המכוננת של הפער בין מה שיש עכשיו, מה שהיה בעבר ומה שכנראה כבר לא יהיה בעתיד. הורים שחווים צער כרוני לנוכח מצב וגטטיבי של ילדם מנסים לא פעם לגשר על פערים אלו באמצעות נרטיבים השלכתיים המכוונים להקניית משמעות לקשר עם הילד גם במצבו ה"נוכח-נפקד".

עמדת ה"נוכח נפקד" של הילד הצמח מזמנת תהליך אבל ייחודי עבור בני המשפחה. לעיתים רבות האבל המאפיין מצבים אלו הינו אבל עמום או מורכב המתבטא בבלבול ועמימות: קשה לדעת מה

אבד וקשה לדעת האם הילד נמצא או לא. מצב זה עשוי להחוות כאובדן זמני המלווה בתקווה שהדברים ישובו לקדמותם, ופקטורים רבים משפיעים על התמודדות ההורים עם המצב:

- הפנטזיות ההוריות של "הילד האידיאלי"- פנטזיות הוריות אלו משפיעות על הציפיות הנוגעות ל"עצמי" כהורה ועל הציפיות הנוגעות לילד. הורים לילדים בריאים מתפכחים מפנטזיות אלו כחלק מתהליך ההורות, אולם הורים לילדים משוקמים נדרשים לעבור תהליך אבל מורכב יותר כדי לקבל את הילד כפי שיהיה במהלך חייו.

- נרקיסיזם הורי- בתהליך הטרנספורמציה באבל הורי מתפתחת קבלה עצמית והצבת ציפיות ריאליות. אלו כרוכות בויתור על הראייה ההורית האומניפוטנטית והגרנדיוזית.

- פרפקציוניזם- עמדות פרפקציוניסטיות מוגדרות כסטנדרטיים לא ריאליים וחתייה כפייתית להשגת מטרות בלתי אפשריות. פרפקציוניזם הופך לבלתי אדפטיבי ובלתי פונקציונאלי כאשר הרצון לשלמות מביא לחוסר יכולת לקבל מצבים לא מושלמים.

בנוסף להיבטים אלו, גורמים רבים נוספים משפיעים על עיבוד האובדן ותהליך האבל שביניהם הפער בין הילד שהיה לילד שיהיה, תחושות אשמה (לא הגנתי עליו וכד'), אמונה דתית, עוצמת הפער וחווית ההחמצה, מאפיינים תרבותיים, עמדות קודמות לנכות ועוד. כל אלו מרכיבים את הפאזל המיוחד לכל הורה בתהליך האבל.

### **ערעור עצמי כסוכן אוטונומי אחרי פגיעת עמוד שדרה- כשמושגים פילוסופיים ומציאות שיקומית נפגשים: מר אורן סגל**

מר סגל פתח את הרצאתו בהקראת דבריו של אדם הנפגע בתאונה ובשל כך סובל משיתוק. לדבריו של אדם זה, כל תחום בחייו נצבע בצבעיו של השיתוק והוא חש ש"לעולם לא יחזור להיות האדם שהיה לפני התאונה". חוויה זו עמדה בבסיס ההרצאה אשר דנה בשאלה מה הוא ערעור של עצמי אוטונומי. כדי לבאר את התשובה, מר סגל עשה שימוש בתיאוריות פילוסופיות שונות הנוגעות להגדרת סוגי "עצמי" שונים. לדבריו, שלושה סוגי עצמי תוארו בפילוסופיה המערבית בשתי המאות האחרונות.

- העצמי כאובייקט, אני כדבר ידוע: תיאוריות המתייחסות ליכולת לזהות בתוך עצמי אדם מסוים, היכולות לדבר על התכונות שלי, כל מה שאני יכול לדבר עלי ועל אודותיי.

- העצמי כסובייקט, אני כישות יודעת- בבסיס האני כאובייקט. דבר שאנחנו לא יכולים לדבר אודותיו אבל דרכו אנחנו רואים את העולם. בתוכו נמצא מרכז הנושא- עצמי אוטונומי.

- עצמי מתמשך ומאוחד- אני זה מי שהייתי אתמול, מי שאהיה מחר וכן הלאה.

לדבריו של מר סגל, לא רק פילוסופיים עסקו לאורך השנים בנושא של הגדרת העצמי האוטונומי, אלא גם תיאורטיקנים מתחומי הפסיכולוגיה. למשל, קוהוט הגדיר את העצמי כ"מרכז ליוזמה, חיוניות ונמרצות" וכבעליו של העולם הפנימי של העצמי. שיפר, לעומתו, התייחס לשפת פעולה והציע כי במקום לדבר על העצמי כנרטיב פסיכודינמי פאסיבי, עלינו לדבר על האדם כ"פועל"

פסיכולוגי. תיאורטיקנים התייחסותיים נוספים הציעו לראות בעצמי מקור של יוזמה מתוך תפיסה כי האדם הוא הסוכן של חייו והרצון הוא המניע הנמצא בבסיס הווייתו- כפי שטען קאנט.

בהתאם לתפיסתו של קאנט, בני האדם נידונו לבחירה בין פעולות. הגוף הוא סוכן גופני, המקור הראשון שדרכו ניתן לפעול והוא הבסיס לחוויית העצמי האוטונומי: רק עם הגוף שלי אני יכול לפעול, וכיוון שמישהו בתוכי צריך לפעול אני מזהה את העצמי כאותו אחד שבחר. האוטונומיות כוללת שני מאפיינים מרכזיים: (1) מאפיין ההתכוונות- היכולת לבחור פעילויות ולקבל החלטות ללא אילוץ חיצוני. (2) מאפיין החוללות- היכולת לבצע פעולות ולהוציא לפועל את הבחירות. רק מתוך הכרות עם מאפיינים אלו ניתן לשער כיצד הפער הקיים אצל פגועי עמוד שדרה, בין רצון לבין אפשרות הביצוע, מביא לערעור העצמי.

קאנט זכה לאהדה תרבותית רבה ורעיונותיו אומצו אך ההבדל שהציע בין התכוונות לבין חוללות נדחק הצידה עם השנים, ונותרו רק אוטונומיה וחוללות כמונחים דומים בהם אין התייחסות למרכיב הרצון. בהתאם, אנשים מוגבלים נתפסו ונתפסים כלא אוטונומיים ואפילו כלא אנשים. כמו כן, סגל מציע כי כאשר ההתכוונות והחוללות הינם הגורמים העיקריים שדרכם ניתן לחוות את עצמנו כאוטונומיים, אזי כישלון בכל אחד מהיבטים אלו עלול להוביל לחוסר יכולת לגבש עצמי אוטונומי. כך עשויה להיווצר חוויה של שבר בעצמי האוטונומי.

כדי להבין את החשיבות של הגוף בחוויית העצמי, מר סגל הציג גם את רעיונותיו של ז'אן פול סארטר, המשתיך לזרם הפילוסופיה האקזיסטנציאליסטית. סארטר עסק באופן בו הגוף מספק בסיס לחוויית העצמי באמצעות דרכים שונות. בין היתר הוא התייחס לכך שאנו לומדים ומזהים את עצמנו דרך הגוף, וליכולת שלנו להתבונן על עצמנו מהצד ולנסות להבין כיצד אחרים תופסים אותנו. רעיונות אלו הבהירו עד כמה תפקוד הגוף משפיע על חוויית העצמי האוטונומי ועל האופן בו חוסר תפקוד גופני בקרב פגועי עמוד שדרה עלול להוביל לחוויה של ערעור העצמי האוטונומי.

### **דילמות וגישות טיפוליות באבל טראומטי בקרב ילדים שאיבדו את הוריהם בתאונת דרכים: ד"ר**

**עדי גרנט**

ד"ר גרנט פתחה את הרצאתה בתיאור תהליך האבל ה"רגיל" במקרים בהם ילדים חווים אובדן של הורה. לדבריה, מתבגרים וילדים המאבדים הורו יתמודדו עם תהליך אבל הכולל מספר שלבים טיפוסיים המערבים עוצמות שונות של חווית האבל. בין שלבים אלו נכללים גיבוש זהות עצמית של העצמי ללא ההורה, הפנמת אספקטים שונים של ההורה שנפטר גם בהיעדרו וכן המרת הקשר עם ההורה לזיכרון. לעומת זאת, במקרים של אובדן הורה בעקבות תאונת דרכים עלול להתפתח אבל טראומטי.

אבל טראומטי הוא מצב בו מופיעים סימפטומים פוסט טראומטיים במקביל לתקופת האבל. במצבים אלו הטראומה חוסמת את תהליכי האבל הטבעיים היות והזיכרונות הטראומטיים נקשרים בתמונתו של ההורה המת. היבט זה של האבל הטראומטי עלול להתפתח הן במקרים בהם הילד עצמו נכח בתאונת הדרכים והן במצבים בהם לא נכח בה. ילדים השומעים על התאונה בה מתו הוריהם עלולים לדמיין פרטים מסוימים היוצרים חוויה טראומטית המקשה על הזכרות רגילה בדמות ההורה המת.



בשל ההתנגשות בין תהליך האבל הטבעי לבין הזיכרונות הטראומטיים, הטיפול בילדים אלו עשוי להיות מורכב ביותר. הניסיון לעודד את ההיזכרות בהורה מציף את הזיכרון הטראומטי ובמקביל, הילד מאבד את תחושת הביטחון שמקנה נוכחותו של ההורה, חווית ה"שום דבר רע לא יקרה לי" מאבדת מתקפותה, שגרת החיים נקטעת והאמון בנוכחותו היציבה של האחר נאבד. הילד שמגיע לטיפול צריך לתת אמון מחדש בדמויות מטפלות שעלולות להיעלם גם כן.

מחקרים רבים עסקו בנושא של אבל טראומטי, והצביעו על כך שהוא מהווה גורם סיכון להתפתחות דיכאון וסימפטומים רגשיים נוספים. בהתאם, גישה טיפולית נפוצה היא שימוש בשיטות טיפוליות מבוססות ראיות הנותנות מענה להיבט הטראומטי כגון TF-CBT (trauma focus CBT). יחד עם זאת, החוויה של ד"ר גרנט בטיפול בילדים המתמודדים עם אבל טראומטי כיוונה אותה להתייחסות טיפולית לכלל המערכת הסובבת את הילד ולמתן מענה לכל אחד מפרטיה.

ההתייחסות מההורה מביאה להתמודדות של הילד עם היווצרות תא משפחתי חדש. התא המשפחתי משתנה מקצה אל קצה במידה ונותר הורה אחד, ובמידה ושני ההורים נהרגו הילד צריך להסתגל להורים חדשים. במקרים אלו, על המטפל לצאת מנקודת מבט רחבה הכוללת את כל הגורמים המעורבים- משפחה, הורים חדשים, אחים, חברים של הילדים, קהילה, מטפלים נוספים וכדומה. רק כך ניתן לתת מענה לא רק לסימפטומים אלא גם לצורך ביצירת מבנה חדש בחיי הילד. בהתאם, המטפל נדרש למגוון התערבויות מורכבות עם דגש על חיזוק התא המשפחתי החדש. מטפלו של הילד שאיבד הורה צריכים להתמודד הן עם המבנה המשפחתי החדש ועם שגרת החיים החדשה, והן עם תהליכי האבל והטראומה איתם מתמודד הילד.

הטיפול בילד הסובל מאבל טראומטי מתבסס על מספר מאפיינים:

1. מציאת מקום בטוח בחדר הטיפולים- פיזית, לפני שמתחילים לעבד חוויות, מחפשים מקום בחדר שבו הילד חש מוגן.
2. איתור כוחות בסביבת הילד ובעצמו. ניתן להשתמש בחפצים שונים המסמלים את הכוחות ולאסוף אותם לקופסה כדי להמחיש את חווית איסוף הכוחות.
3. עיסוק חזרתי בתוכן מסוים הקשור לתאונה/ פציעה והרחבתו.
4. עיסוק בהורים- התבוננות בתמונות של ההורים, זיהוי נקודות דמיון בין הילד ובינם.

באופן כללי, לדבריה של ד"ר גרנט יש לעסוק קודם כל בעיבוד הטראומה ורק לאחר מכן בעיבוד האבל על ההורים.

ד"ר גרנט סיימה את הרצאתה בהדגשת תפקידם המורכב של המטפלים במצבי אבל טראומטי של ילדים. היבט מורכב במיוחד הוא האחריות המקצועית הרב תחומית של המטפל, החורגת מהטיפול בילד עצמו ומכוונת לשמירה על שיווי המשקל המשפחתי, אשר באופן טבעי נוטה לצאת מאיזון לאור הקושי הנלווה להתמודדות.

**מושב מליאה שלישי: גישות טיפוליות בשיקום.**  
**מנחות המושב: פרופ' דנה מרגלית וגב' דליה נאמן.**

**גישות אינטגרטיביות בפסיכותרפיה בעבודה עם אנשים עם מחלות נפש קשות- אתגרים בשדה השיקום הפסיכיאטרי: ד"ר אילנית חסון אוהיון.**

ד"ר חסון אוהיון פתחה את דבריה בהתייחסות לסקפטיות שליוותה לאורך השנים את האפשרות של חולים במחלות נפש קשות להיעזר בפסיכותרפיה. פרויד, למשל, טען כי חוסר התובנה של חולי נפש קשים אינה מאפשרת להם ליצור תהליכי העברה ולכן מונעת מהם להיעזר בטיפול דינאמי. עם זאת, כבר באותם שנים תוארו בספרות מקרים בהם חולי נפש יצרו קשר טיפולי משמעותי אשר אפשר להם להתקדם בתחומי חיים שונים.

בשלב זה תיאורי המקרה לא גובו בבדיקה מחקרית, אך עם השנים נערכו מחקרים רבים אשר התמקדו בבחינת התאמתה של פסיכותרפיה דינאמית לסובלים ממחלות נפש. ממצאי המחקר הצביעו על היעדר אפקטיביות של הטיפול הדינאמי לאוכלוסייה זו, והטיפול הדינאמי בחולי נפש פינה את מקומו לטיפול קוגניטיבי התנהגותי המותאם למחלות פסיכוטיות. טיפול זה מגובה מחקרית ומעיד על שיפור באיכות החיים של המטופלים, וכתוצאה מכך פותחו והורחבו פרוטוקולים טיפוליים רבים.

שינוי בגישות הטיפוליות והרחבת המחקר בנושא האירו היבטים חשובים נוספים הקשורים לחולים במחלות נפש קשות. למשל, המחשבה על ריפוי באמצעות טיפול פינתה את מקומה לתפיסת הטיפול כאמצעי המסייע לחולה לחיות חיים מלאים ורבי משמעות בתוך הקהילה ויחד עם המחלה. כמו כן, תפיסת מחלות הנפש כהומוגניות ובעלות פרוגנוזה שלילית הוחלפה בתפיסה המייצגת שונות בתוך מחלות הנפש הקשות וכן שונות בסיכויי החלמה. השלב הבא במחקר ובקליניקה התפתח מתוך ניסיון להבין כיצד ניתן לסייע לחולים במחלות נפש שונות.

מטופלים הסובלים ממחלות נפש מתמודדים פעמים רבות עם חוויה פגועה של העצמי, כאשר בחלק מהמקרים החוויה היא של עצמי כאוטי או עצמי חסר אינטגרטיביות. חוויה זו מצטרפת לפגיעה ביכולות הקוגניטיביות ומביאה לרמות תפקוד נמוכות. לדבריה של ד"ר חסון אוהיון, גישה טיפולית אינטגרטיבית המשלבת בין CBT להגברת התפקוד לבין גישה דינאמית לשיפור חווית העצמי מאפשרת לקדם את המטופל לקראת החלמה המוגדרת באופן אישי וסובייקטיבי עבור כל מטופל.

השילוב בין הגישה הקוגניטיבית והדינאמית מדגים מה היא פסיכותרפיה אינטגרטיבית. בשיטה זו קיימים מודלים שונים שביניהם הגישה האקלקטית, גישת הגורמים המשותפים, אינטגרציה תיאורטית ועוד. האלמנטים המשותפים למודלים השונים כוללים עבודה סביב הקשר, עבודה נרטיבית בדגש על הזהות, פיתוח יכולות של מטא קוגניציה והגעה למטרות סובייקטיביות של המטופל בדרך להגשמה עצמית.

ד"ר אוהיון התמקדה בגישה האינטר-סובייקטיבית ליישום התערבויות CBT.

גישה זו כוללת אסימילציה של עקרונות וחשיבה אינטר-סובייקטיבית למסגרת העבודה הקוגניטיבית התנהגותית. הצורך לשלב בין הגישות נובע, בין היתר, מהעובדה שלמרות יעילותם של הפרוטוקולים הקוגניטיביים התנהגותיים, המטופלים מביאים איתם לחדר תכנים המקשים על העבודה הצמודה לפרוטוקולים אלו. השילוב בין הגישות מאפשר לשפר ולקדם את העבודה עם פרוטוקול ה-CBT על ידי שימוש בכלים אינטר סובייקטיביים. כלים אלו מבוססים על תפיסת חלקי הנפש השונים כנוצרים מתוך קשר, מפגש בין סובייקטים. המטפל אינו אובייקט ובכל מפגש קיימת הזדמנות חדשה לשינוי. כל ההעברות הינן ייחודיות לכל זוג של מטפל- מטופל, ובאמצעות חקירה של "מה קורה בינינו עכשיו" הטיפול מתקדם באופן יעיל יותר.

מטפל המודע לתהליך הקורה בחדר ובוחר בחשיפה עצמית מותאמת, מאפשר מרחב עבודה בטיפול. את הניגוד בין שני צדדים מחליפה האפשרות של מרחב בין אפשרויות. השימוש בפרוטוקולים מבוססי מחקר יחד עם תנועה בין מה שמורגש בקליניקה ב"כאן ועכשיו" מאפשר לקדם את המטופל לעבר מטרותיו.

**איך נולד פירוש: חיפוש אחר יצירה משותפת בעבודה שיקומית ממבט התייחסותי: ד"ר מיטשל בקר.**

הרצאתו של ד"ר בקר נעה בין דוגמאות אשר תיארו את האופן בו נולד הפירוש בעבודה הטיפולית. ד"ר בקר תיאר את הפירוש כמאכל מזין אשר אמור להיות שייך ומזין הן למטופל והן למטפל. לדבריו, הזוג הטיפולי עמל יחד ומוליד בעבודה משותפת את הפירוש, או במילותיו: "הזוג מכין את המאכל ומגיע לאט לאט לתוצאה הרצויה".

לדבריו של ד"ר בקר, אל מול עבודה טיפולית זוגית זו ניצבת העבודה השיקומית המציבה את המטפל בעמדה של "הסמכות היודעת", השומרת תקווה, המבינה. המטופלים מחפשים את העידוד והתקווה של המטפל, והתחושה של המטפל שהוא ה"כל יודע" יוצרת מצב בו המטפל מגלה לבדו את האמת ומעביר אותה למטופל. המטפל כביכול אומר למטופל "אני יודע מה בעייתך, אני רק מחכה שתבין", וכך נפגעת דינאמיקה המאפשרת צמיחה של פירוש.

פירוש בטיפול צריך להיווצר באמצעות החיבור. חיבור בין שניים, המטפל והמטופל, יוצר משמעות, ומטופל לא יוכל לקבל פירוש שאינו יושב עמוק אצל המטפל. אין אפשרות ליצור כל מושג בלי חיבור בין שניים, ואירוע טיפולי מתרחש רק כאשר יש התנגשות בין המטפל והמטופל. הדרך בה מולידים את הפירוש נותנת לחוויה עוצמה מדהימה שאף ידיעה מראש לא הייתה יכולה ליצור. פירוש הנולד מתוך הזוג הוא רצוי ואהוב גם אם הוא מכאיב או מקשה, בעוד שפירוש אשר לא נוצר על ידי הזוג עלול להוות כלא רצוי ואף עוין.

איננו יכולים לענות עבור מטופלינו על שאלות כגון מהי נכות, מה הוא שכול ומה היא החוויה של להיות אדם. אלו שאלות שהמטופל צריך לגלות את התשובה האישית להן בתהליך הטיפולי. בהתאם, בעבודתנו הטיפולית עלינו להיות ערים לחוויית המטופל ולדינאמיקה המתקיימת בחדר בין שני השותפים לתהליך.

**סכמה תרפיה למתמודדים עם נכות פיזית מולדת: ד"ר עופר מאור**

ד"ר מאורר הציג בהרצאתו את הסכמה תרפיה- שיטת טיפול אשר פותחה לקראת סוף שנות ה-90 על ידי ג'פרי יאנג. השיטה מהווה אינטגרציה עשירה ומקיפה של טכניקות קוגניטיביות, התנהגותיות וחווייתיות בשילוב דגשים פסיכואנליטיים דינמיים של תיאוריית יחסי אובייקט ותיאוריית ההתקשרות. סכמה תרפיה פותחה כדרך טיפול ייחודית למטופלים בעלי הפרעות אישיות וכן לאלו המתמודדים עם קשיים רגשיים ובין אישיים מתמשכים ומבוססת על עבודה חווייתית.

אחד ממושגי היסוד בשיטת הסכמה תרפיה הינו "צרכי ליבה רגשיים" המתייחסים לצרכים רגשיים מולדים הכוללים צורך בהתקשרות בטוחה לאחרים, צורך באוטונומיה ועוד. אנשים בעלי בריאות פסיכולוגית מסוגלים להביא למילוי הצרכים הרגשיים באופן מותאם וסתגלני לאורך החיים, אך קשיים פסיכולוגיים עשויים לעכב תהליכים אלו. בהתאם, מטרת העל של הטיפול בסכמה תרפיה היא לסייע למטופל למצוא דרכים סתגלניות, רציפות ונורמטיביות למילוי צרכיו הרגשיים.

מושג משמעותי נוסף בגישת הסכמה תרפיה הינו מושג ה-"סכמה". סכמה היא תבנית או דפוס שעוזרים לארגן מקבץ של אירועים וחווייות. הסכמה מכילה הן רגשות והן חווייות ומהווה דפוס מתרחב ונמשך המורכב מקוגניציות, זיכרונות ותחושות גוף. הסכמה כוללת הן את האופן בו האדם מתייחס לעצמו והן את האדם בקשר עם אחרים. היא מתפתחת בילדות או לכל המאוחר בתקופת ההתבגרות וממשיכה להשתמר ולהשתכלל לאורך כל החיים. בהתאם, סכמות בלתי מסתגלות עלולות לפגוע בתפקוד בצורה ניכרת.

דרך הטיפול בסכמות הבלתי מסתגלות הפוגעות בתפקוד נבנית על בסיס המונח "מצבי עצמי". רעיון מצבי העצמי מתייחסים לכך שחוויית החיים שלנו הביאו ליצירת מגוון מצבי עצמי הכוללים סכמות ודרכי פעילות ומתחלפים ביניהם בסיטואציות שונות. תחת השפעתו של מצב עצמי מסוים אנשים חווים, מפרשים ומגיבים אחרת לעולם סביבם, כאשר בכל רגע נתון אחד ממצבי העצמי הוא המשפיע באופן המרכזי ביותר על חווייתו והתנהגותו של האדם.

הבנת רעיון מצבי העצמי משמשת בסיס להתערבויות האפשריות באמצעות שיטת הסכמה תרפיה. לשיטה אין פרוטוקול מובנה כי אם מפת דרכים. המפה יכולה להיבנות מתוך יומני מעקב, שאלונים ועוד, אשר יוצרים מסמך פתוח של טיוטה הנבנה בשיתוף פעולה עם המטופל.

מפת הדרכים מספקת מידע לגבי הצרכים הרגשיים שקבלו מענה ולגבי אלו שלא, שיעורי החיים שנלמדו וכן אותם חלקי עצמי בעצמיות המטופל אשר היחסים הפנימיים ביניהם משפיעים על התנהלות המטופל. לצד בניית מפת דרכים זו מוצגת גם תכנית טיפול שמבהירה מה ייעשה כדי לשנות את המצב. בדרך כלל, התכנית תכלול הזמנה לעורר לחיים את אותם חלקי עצמי המעורבים בסבלו של המטופל במטרה להביא לשינוי בחלקים אלו. כך, באופן שמזכיר את הטיפול הדינאמי הקלאסי, חלקי עצמי מתעוררים בקשר הטיפולי. במקרים בהם חלקים שקשורים לסבל של המטופל אינם מתעוררים לחיים בטיפול, נערכת התערבות אשר מזמינה עבודה מתקנת על חלקים אלו.

סכמה תרפיה נבנית על בסיס סוגי התערבויות רבים הכוללים התערבויות קוגניטיביות (בעיקר לצורך המשגה), התערבויות הממוקדות הקשר המטפל- מטופל (למשל, הורות חלקית מתקנת

המכוונת למתן מענה לצרכים שלא סופקו בעבר), התערבויות חווייתיות, עבודה בדמיון ועוד. כל אלו נעשים מתוך עמדה בסיסית המכוונת לסיפוק צרכים רגשיים מהותיים.

### **סדנת "חווית המטופל": גב' רותי פלמור**

הסדנה הועברה על ידי גב' רותי פלמור- פסיכולוגית מומחית בבית החולים אלי"ן, המהווה מרכז לשיקום ילדים ונוער. הסדנה כוונה לחיזוק הבנת חווית המטופל במערכת הבריאות הציבורית, תוך התייחסות לחוויות רגשיות כגון לחץ, חרדה מהלא נודע, חוסר אונים ועוד. מטרה נוספת היתה עידוד מודעות לדרכים בהן ניתן להקל על המטופל בהתמודדותו עם מערכת הטיפול הציבורית.

הסדנה נפתחה בבקשה מכל משתתף לנסו ולהיזכר בחוויה כלשהיא בהתמודדות מול המערכת הרפואית, במטרה לנסות ולחבר את המשתתפים לחווית המטופל. לאחר מכן הוקרן סרט שהופק על ידי ביי"ח אלי"ן. הסרט מתעד ניסוי שנערך על חברי צוות בבית החולים- מרפאים בעיסוק, עו"ס, רופאים ועוד. אנשי צוות אלו נקראו לקחת חלק בניסוי מבלי שיקבלו מידע נוסף לגבי תוכן הניסוי ומהלך הדברים. הצוות המוזמן התכנס בשעה שנקבעה מראש והמתין כעשר דקות עד שהגיעו מפעילי הניסוי. אז, התבקשו המשתתפים להיכנס לחדר ולעבור פרוצדורות שונות אותם עוברים המטופלים במקום כנשיאה מהמיטה לכיסא על ידי מנוף, בדיקת דם וכן הלאה. רגע לפני שהחלו הפרוצדורות, ניתנה הוראה לעצור והצוות המשתתף התכנס לשיחה שמטרתה שיתוף בחוויה והסקת מסקנות.

מתוך התכנים שהועלו בסרט ובסדנה, נראה כי ישנם מספר גורמים בולטים התורמים לחוויית המתח אצל המטופל. בין גורמים אלו נכללים המתנה וציפייה לטיפול, חוסר הכרות עם המטפל, חוסר הכרות עם הפרוצדורה, מבוכה בשל חשיפה ללא הכרות מוקדמת, תחושת פגיעות, חוסר יכולת להשפיע על ההתרחשות וכן חוסר התאמה תרבותית בין המטפל למטופל. כמו כן, נמצא כי המתח עלול לפגוע בשיתוף הפעולה של המטופל. לעיתים המתח בא לידי ביטוי בסימפטומים גופניים כגון קושי לנשום, דופק מואץ ואפילו כאב ממש. הדרך הטובה ביותר להקל על המתח הינה הפגנת רגישות לחוויה של המטופל על ידי המטפל.

הרגישות לחוויית המטופל הינה תוצר של מודעות רבה לחשיבות הנושא. כפסיכולוגיים עלינו להגביר את המודעות בקרב אנשי הצוות הרפואיים, החל מהמזכירות ועד לרופאים המטפלים. מספר כלים בסיסיים יכולים להקל על המתח בתהליך טיפולי.

- בתחילת הטיפול- מתן הסבר בנוגע למי אני (המטפל), מי אתה (המטופל) ומה כולל התהליך הטיפולי.
- במהלך הטיפול- הדגמה לצורך הגברת הבהירות, העברת השליטה למטופל ככל האפשר וכן מיקוד הקשב לחוויה שלו.
- בסיום הטיפול- סיכום, חיזוק והכנה למפגש הבא.

גב' פלמור סיימה את הסדנה בתיאור מספר דרכים בהן נעשה שימוש באלי"ן בניסיון להקל על המטופל במפגשו עם המערכת הרפואית הציבורית. למשל, באלי"ן מחולקת חוברת צביעה עם

הסברים לילדים הממתינים בתור המכונה "מתנה להמתנה". כמו כן, גבי' פלמור מציעה לחשוב על עצמינו כמטופלים וליישם את הבנותינו מהתנסויות אלו לעבודתנו כמטפלים: ככל שנהייה ערים לחויית המטופל נוכל להגיב אליו ברגישות המתאימה.