

טיפול פסיכואנליטי התייחסותי קצר מועד - סיכום מאמרו של דר' ג'רמי ספרן

אפרת אלמוג

תקציר

במאמר זה תתואר גישה לטיפול פסיכואנליטי קצר מועד בעלת מכנה משותף רחב עם עקרונות מפתח מהגישה ההתייחסותית. בגישה זו התהליך הטיפולי נתפס כמעגל רציף וחוזר של אנאקטמנט, התרתה והבנת תהליך זה. דגש מיוחד מושם על השימוש בחשיפת ההעברה הנגדית, באופן שמסייע לגילוי משותף של תסריטים התייחסותיים המגולמים (אנאקט) בין המטפל והמטופל. כמו כן, נסקרים במאמר השפעתה של מגבלת הזמן על התהליך הטיפולי וההבדלים בין הגישה הנוכחית וגישות אחרות של טיפול פסיכואנליטי קצר מועד. תיאור המקרה המופיע בהמשך נועד לשרטט את קווי המנחים של הגישה המוצגת במאמר זה, ולהציג מספר סוגיות בהתייחס לטבע השינוי בתהליכים טיפוליים ארוכי וקצרי טווח.

מבוא

את שורשיה של הפסיכותרפיה קצרת המועד ניתן למצוא כבר אצל פרנצי ורנק (Ferenczi & Rank), אשר בשנת 1924 יצאו באופן חלוצי כנגד הנטייה לעבר טיפולים אנליטיים ארוכים יותר. החידוש בתפיסתם שיקף את העניין שמצאו בהיבטים החווייתיים וההתייחסותיים של הטיפול. במהלך השנים גובשו מודלים שונים של טיפול פסיכודינמי קצר מועד (Mann, 1963; Balint, O & Balint, 1972; Sifneos, 1972; Malan, 1973) אך אלו נתפסו כחיצוניים לזרם הפסיכואנליטי המרכזי.

בתקופה הנוכחית הסצינה הפסיכואנליטית תוססת, והנחות אשר זכו לאורך שנים להוקרה וטיפול מובאות לדיון מחדש (Mitchell, 1997). במקביל, כוחות כלכליים וחברתיים מעלים את הצורך בסוגיית מקומו של הטיפול קצר המועד בימינו - מה ביכולתו לספק, מה תפקידו והאם עשוי להיכלל בחשיבה ההתייחסותית בת זמננו.

בשנים האחרונות אני ועמיתי פיתחנו גישה טיפולית לפסיכותרפיה קצרת מועד אשר מבחינה תיאורטית וטכנית משיקה לרבות מהנחות היסוד של הגישה ההתייחסותית. מניע מרכזי להתפתחות הגישה היה העניין והרצון המתחזק לבסס, לזקק ולבחון באופן שיטתי עקרונות רלוונטיים לפתרון בעיות בברית הטיפולית, ולגלות אלמנטים העשויים לפגוע בתהליכי ההעברה וההעברה הנגדית.

התחלנו את המחקר באמצע שנות ה-80 והמשכנו אותו בשנות ה-90. באמצעות מחקר זה ניסינו להעריך את יעילות הטיפול תוך כדי חקירת התהליך בו מתרחש השינוי, ועל ידי כך קיוונו כי נצליח לחדד את הנחות המודל שיצרנו. בשלב זה יש בידינו הוכחות לכך שטיפול בגישת ה-BRT (טיפול התייחסותי קצר מועד) יעיל כשתי גישות נוספות של טיפול קצר מועד בהפרעות אישיות-הגישה הקוגניטיבית וגישה מסורתית יותר המתבססת על הנחותיהם של סטרופ, בינדר (1984) ולבורסקי (1984). בנוסף, יש בידינו הוכחות מובהקות המעידות על מיעוט נשירה מטיפול בקרב

גישת ה-BRT לעומת שתי הגישות שהוזכרו זה עתה. כמו כן, הצלחנו למצוא כי גישת ה-BRT יעילה יותר משתי הגישות האחרות ביחס למטופלים איתם מתקיים קושי ביצירת ברית טיפולית.

להלן מקצת הנחות הבסיס של ה-BRT:

1. הגישה מתבססת על הנחת ה'פסיכולוגיה של שני אנשים' ועל אפיסטמיולוגיה קונסטרוקטיבית
2. מושם מיקוד מיוחד על הכאן ועכשיו של היחסים המתהווים בתהליך הטיפול
3. מתקיים ללא הרף מסע גילוי משותף של המטופל מחד והמטפל מאידך
4. הגישה מתייחסת באופן מעמיק ויסודי לחקירת הניואנסים בחוויית המטופל בתהליך הטיפולי, ומתוך נקיטת משנה זהירות במתן פרשנויות ההעברה, הסקת מסקנות והכללה לגבי דפוסים של המטופל ביחסיו בכלל
5. נעשה שימוש רב בחשיפה באמצעות העברה נגדית
6. הסובייקטיביות בתפיסתו של המטפל מקבלת התייחסות ראויה
7. הנחה בחיוניותו של הרכיב ההתייחסותי בהתערבות

לפני שאתאר במפורט את גישת ה-BRT, אסקור בקצרה את גישות הטיפול קצר המועד הדינמי הקיימות, על מנת לספק תיאור של הרקע עליו פיתחנו את גישתנו ואת המבדיל אותה מן האחרות. מסר וורן (Messer & Warren, 1995), בהסתמך על חלוקה שהציעו מיטשל וגרינברג, מבחינים בין גישות המסתמכות על נקודת מבט דחפית/מבנית לאלו המסתמכות על נקודת מבט דחפית/מבנית. תפיסתם של מטפלים כדבנלו, סיפנאוס ומלאן מסתמכת על גישה דחפית/מבנית. תפיסותיהם, בשינויים קלים, מבוססות על פסיכולוגיית האגו המדגישה את קונפליקט המשאלה-הגנה (Wish-Defence) כמרכיב מרכזי ביצירת שינוי. מתודת הטיפול שלהם מאופיינת בשימוש רב בעימותים, ובאופן כללי הם מחזיקים בפרספקטיבה של 'פסיכולוגיה של אדם אחד', עם תשומת לב מועטה לתרומתו של המטפל לתהליכי האנ-אקטמנט.

מסר וורן (Messer & Warren, 1995) מקטלגים את תפיסותיהם של לוברסקי, הורוביץ, וויס וסמפסון, סטרופ ובינדר כבעלי גישה התייחסותית. הסיבה להכנסתם של כל אלו תחת קורת גג אחת היא, לטענתם, מאחר וכולם ממשיגים פסיכופתולוגיה במונחים של דפוסי התנהגות בינאישיים בלתי מסתגלים. מודלים אלו תופסים בעיות בחיי המטופל כתוצר של הפרעות שהתרחשו ביחסיו הבין אישיים הראשוניים, והביאו ליחסי אובייקט פנימיים לקויים הפוגעים ביחסים הבין אישיים בבגרות. למרות הדמיון בין תפיסות אלו וקירבתן המסוימת לגישה ההתייחסותית, המבדיל אותן באופן ברור מגישה זו הוא היעדר הדגש על 'פסיכולוגיה של שני אנשים'. גישות אלו אינן מדגישות את חווית ההעברה הנגדית של המטפל כמקור מידע (וכמוקד פוקוס פוטנציאלי לחשיפה עצמית) באופן שמאפיין את הגישה ההתייחסותית.

סטרופ ובינדר (1984) הם הקרובים ביותר בגישתם לגישה התייחסותית. הם מניחים כי המטפל הוא משתתף פעיל בתהליך הטיפולי, אך גם הם מניחים כי באפשרותו להיכנס ולצאת לפי שיקול

דעתו מהזירה הטיפולית. זאת, לעומת התיאורטיקנים ההתייחסותיים הגורסים כי המטפל, בודעין או שלא בודעין, מהווה תמיד חלק מהתהליך הטיפולי המתרחש בין השניים היוצרים אותו.

הפוקוס הדינאמי

העיקרון המנחה בכל הגישות שנסקרו עד כה הוא קביעת מיקוד דינאמי בשלב מוקדם של הטיפול. דגש זה חיוני לקיומו של הטיפול קצר המועד מאחר והוא מספק למטפל קווי מתאר להתערבות שיטתית ויעילה. המוקד מספק קצה חוט באמצעותו ניתן יהיה לגלות ולקשור בין חוויות שאינן קשורות זו בזו, ולאפשר למטופל להשיג תובנות לגבי בעייתו המרכזית בזמן קצר. הבניית מוקד דינאמי בין השניים (מטפל-מטופל), במקביל לפרשנות עקבית של הדינאמיקה בסיטואציות טיפוליות שונות, מייצל ומעצים את התהליך הטיפולי ומאפשר למטופל לשלב את השינויים שהשיג בטיפול בחיי היום יום שלו.

למרות שמטפלים בשיטת הפסיכותרפיה קצרת המועד מבינים כי הפוקוס הדינאמי הנו זמני ונתון לבדיקה מחודשת, קיים מתח אינהרנטי בין השימוש בפוקוס זה לבין התבססות על תפיסה התייחסותית וקונסטרוקטיבית יותר: הבניית פוקוס דינאמי כבר במפגשים הראשונים יוצאת מנקודת הנחה כי המטפל מסוגל לעמוד מחוץ לאינטראקציה על מנת להגיע להערכה של מאפייני המטופל. הערכה זו, כמובן, אינה מתיישבת בקנה אחד עם התפיסה הרואה בטיפול 'פסיכולוגיה של שני אנשים' למן הרגע הראשון ועד לרגע האחרון של הטיפול.

עקביות מלאה עם פרספקטיבת ה'פסיכולוגיה של שני אנשים' דורשת הבנייה של הפוקוס הטיפולי באופן הדרגתי הנובע מהתהליך הטיפולי המתרחש בין המטפל למטופל. בתהליך שכזה, הבנת החומרים שמביא המטופל אפשרית רק באמצעות הבנת החומרים העולים במטפל במהלך התהליך הטיפולי. כך, הטיפול הוא מעין מעגל דינמי בו צצים ועולים חומרים המעוגנים במרחב הטיפולי ומפורשים ומובנים באופן חלקי.

מודעות והפוקוס הדינאמי ב'כאן ועכשיו'

הבנת התהליך הטיפולי הוא אחד הקווים המעצבים של גישת ה-BRT. שאלה מרכזית איתה נאלצנו להתמודד היא כיצד ניתן ליישב בין החשיבות שאנו מייחסים להבנת התהליך לבין מגבלות הזמן של מסגרת הטיפול קצר המועד. לנושא זה שני מימדים:

- המימד הראשון נוגע בשאלה כיצד ניתן למקסם את האפשרות שהמטופל יקח איתו דבר מה מהטיפול בהיעדר פוקוס בהיר סביבו יכול לארגן את חוויתו ולהשיג כי רכש מיומנויות להתמודדות עם הבעיות הנובעות ממנו.
- המימד השני נוגע בחרדותיו של המטפל באשר לצורך ולרצון שלו לספק למטופל דבר מה מהותי בתקופת זמן קצרה יחסית.

באשר למימד הראשון אנו מציעים להחליף את המוקד התוכני (content focus) של הנוסחה הדינמית למוקד תהליכי (process focus) המתבסס על מודעות ל'כאן ועכשיו'. אנו מנסים לחזק

את הברית הטיפולית באמצעות הסבר ברור למטופלים על חשיבות הגברת היכולת להתבונן בתהליכים הפנימיים והתנהלותם בקשרים בין אישיים. הסבר זה מחזק את שיתוף הפעולה של המטופל בתהליך ההתבוננות הפנימי.

תהליך זה דומה במקצת לתהליך הניטור שמציע גריי (Gray, 1994) אך גם שונה ממנו. בעוד שגריי מדגיש את חשיבות הבחינה העצמית לצורך ניתוח מערך ההגנות של המטופל, אנו שמים את הדגש על למידת התבוננות עצמית על תהליכים פנימיים, כמו גם פיתוח יכולת בחינה עצמית תוך אינטראקציה עם אחרים. הדגש שאנו שמים הוא על פיתוח כישור של בחינה עצמית באופן כללי. כך, הטיפול מקנה למטופל תחושה של יכולת חדשה להתבוננות פנימית, ותחושה שיצא מהטיפול עם משהו מוחשי גם אם מופשט יותר ולא ממוקד בשליטה בתימה ספיציפית בחייו.

דגש זה על פיתוח מיומנויות מודעות (או מנטאליזציה, להגדרתם של פונאגי וטרגיט) מהווה בסיס להדגשת נושא נוסף. בהתייחס לפרספקטיבת ה'פסיכולוגיה של שני אנשים', חשוב להבין כי דפוסים אשר התגלו בדינאמיקה הטיפולית לא יהיו מקבילים, בהכרח, לדפוסי יחסים אחרים בחיי המטופל. יתרה מכך, גם כאשר תתקיים הקבלה תהיה זו תמיד הקבלה חלקית בלבד. לכן, במקום להציע הקשרים שונים אנו מעודדים את המטופל לנטר דפוסי התנהגות שגילה בעצמו תוך כדי התהליך הטיפולי ולנסות למצוא דפוסי אלו ביחסים אחרים מחוץ לטיפול.

מטרתנו היא כי המטופל ילמד ללטש את יכולתו להבנה והתבוננות עצמית שלו, לזיהוי דפוסי התנהגות וליצירת קישורים בעצמו. תהליך זה של ניטור עצמי של דפוסי יחסים בתוך ובין מפגשים טיפוליים הוא יסוד חשוב בתהליך העבודה הטיפולית.

בהתייחס למימד השני- חרדתו של המטפל באשר להיעדר פוקוס ברור- אנו בוחרים להתייחס לדבריו של ביון (Bion, 1967) אשר גרס כי יש להגיע לכל מפגש טיפולי "ללא זיכרון וללא תשוקה". גישה זו מכוונת את המטפל למצב של שחרור עצמי מרצון מקדים וברור של 'מה צריך להיות/לקרות', ומאפשר לקבל ולהתמקד בדברים המתרחשים כפי שהם. יכולת המטפל לחוות מצב תודעה זה תגדיל את יכולתו להתקשר למטופלים כסובייקטים ולא כאובייקטים.

עמדה זאת, כמובן, מייצגת אידיאל אשר אינו בר השגה במלואו, אך מייצר התכוונות שונה מהנטייה הממוקדת והמגמתית המאפיינת טיפולים בכלל וטיפול קצרי מועד בפרט. מטרתו של המטפל במודל הטיפול קצר המועד הנוכחי הוא לא לאפשר למגבלות הזמן לצמצם את האפשרויות, אלא להבחין בפוטנציאל הטמון בכל רגע ורגע של אינטראקציה ולחוקרו במלואו. עם זאת, אין להתעלם ממגבלת הזמן אלא להשתמש בה כדי להפוך את החקירה לאינטנסיבית יותר. המטפל מעודד את המטופל לפתח מודעות מוגברת לרגע הנוכחי; כפי שמטופלים בתיאוריות הקלאסיות לומדים לפתח 'Observing Ego' מתוך הזדהותם עם ה-Observing Ego של המטפל,

כך לומדים מטופלים ב-BRT לפתח מודעות מוגברת באמצעות הזדהותם עם השקפת המטפל.

סיום הטיפול

סיום הטיפול הוא חלק מהמציאות הצובעת במודע ושלא במודע את חוייתם של המטפל והמטופל. במסגרות טיפוליות קצרות מועד מוגדרים גבולות זמן הטיפול כבר בתחילתו וכך הופכת מגבלת הזמן לחלק מהותי במסגרת הטיפולית.

כל הגישות הדינמיות קצרות המועד גורסות כי יש לעזור למטופל לעבד את המשמעות של הסיום. השקפתנו בנושא, בדומה לזו של מאן (Mann, 1973), מניחה כי הסיום הנו אחד הנושאים המרכזיים בטיפול. אנו נוטים להסכים עמו כי תהליך ההתמודדות עם ספרציה-אינדיבידואציה ואובדן הוא נושא מרכזי למאבק לאורך החיים, ומגבלת הזמן האינהרנטית לטיפול קצר המועד מחיה ומציפה מאבק זה. ניתן להרחיב המשגה זו כאשר חושבים על הקיום האנושי כמאבק דיאלקטי מתמשך בין הצורך בפיתוח מרכז פעולה אוטונומי (Agency) לצורך בהשתייכות (Relatedness) (Winnicott, 1965; Bakan, 1966; Blatt & Blass, 1992; Aron, 1996;). כלומר, מתקיים קונפליקט בין הצורך של האדם בהחזקת זהות עצמית לבין הצורך בשייכות, מאחר ותהליך ההגדרה העצמית מאיים במהותו על הצורך בקשר עם האחרים.

תהליך אינדיבידואציה אמיתי מתרחש בקונטקסט של בסיס בטוח, ותהליך התקשרות ממשי (בניגוד לסימביוזה) מבוסס על השגת אינדיבידואציה ויכולת לחוויה אינטר-סובייקטיבית (בנג'מין, 1988). הדיאלקטיקה מודגשת בכל פעם בה המתח צף ביחסים הטיפוליים, ומשתחרר באופן מובהק בקונטקסט של סיום הטיפול. מצאנו כי מטופלים נוהגים להתמודד עם מתח ביחסים הטיפוליים בשתי דרכים מרכזיות. מטופלים המעדיפים להסתמך על מוקד הפעולה האוטונומי על פני השתייכות ייטו לסגנון אגרסיבי ומתעמת, בעוד שמטופלים הנוטים לצורך בהשתייכות ייטו לסגנון תלותי, מרצה ומכבד יותר. העבודה באמצעות המתח ביחסים הטיפוליים, והקונפליקט ביחס לסיום הטיפול, מספקים אפשרויות למידה רבות ערך הנוגעות ליכולת המטופל לנהל את הקונפליקט בין צרכיו בהסתמכות על מוקד הפעולה האוטונומי והשתייכות. זאת, באופן קונסטרוקטיבי ומבלי לזנוח אף אחד מן הצרכים.

עקרון מרכזי נוסף של BRT נוגע בתזכורת החוזרת ונשנית של סיום הטיפול לאורך התהליך הטיפולי על מנת לאפשר למטופל לגלות את רגשותיהם בנושא. תזכורת זו אינה מכוונת להאצת תהליכי השינוי אלא להצפת נושאים רדומים, ולהעלאה על פני השטח של קונפליקטים ודינמיקות של ההעברה וההעברה נגדית אשר בטיפול ארוך טווח עולים בשלב מאוחר יותר. תזכורות אלו בדבר הסיום הבלתי נמנע מעוררות במטופל מודעות לתסכול, הכעס והאכזבה המתעוררים בנוגע לציפיות מהטיפול. נושא מרכזי נוסף אשר עשוי לעלות בקונטקסט של סיום הטיפול הוא גילוי הקושי של המטופל להאמין ולבטוח במטפל בהתייחס למגבלת הזמן העומדת מולו.

חשיפת התימה הראשונה עשויה להתפתח לכיוונים שונים. כאשר מטופל מגיע לטיפול מעמדה של התנגדות ואגרסיביות, על המטפל לשרוד את התוקפנות ולחתור לזיהוי משותף של התלות והפגיעות מהם מתגונן המטופל. כאשר מטופל מגיע לטיפול מעמדה תלותית ומכבדת יותר, תתמקד עבודת המטפל ביצירת גישה אל רגשות הכעס מהם הוא מתגונן והשגת תובנה לגבי יכולת הקשר לשאת את האגרסיביות שלו.

במקביל, יש לבחון את חווית המטופל לגבי הסיום הבלתי נמנע. כל הקשרים של בני האדם הם זמניים- לעולם אין לדעת מתי ומדוע קשר יקטע- ולכן אין לנו באמת שליטה על הנסיבות. בהתאם, הקושי לבטוח ולהפתח עשוי לאפשר למטפל הצצה אל פחדיו של המטופל מנטישה ואל קשייו היומיומיים סביב פתיחות ויצירת אינטימיות. האפשרויות הטמונות בגילוי זה עשויות

להוביל את המטופל לנסות ולהתמסר ליחסיו עם המטפל, מאחר והוא יכול ללמוד ולהשיג רווחים אשר ישמשו אותו גם בחיי היום יום.

יחד עם זאת, יש להכיר בלגיטימיות הקושי של המטופל אל מול מגבלת הזמן. יש להבין כי הסיוס הקרב אינו מהווה רק תזכורת לפחדיו של המטופל, אלא גם סוג של נטישה ממשית. לכן, על המטפל להיות אמפטי לכעסו, כאבו, ופחדיו של המטופל כמו גם לתת מקום לרגשות של התנגדות ואכזבה תוקף ומקום.

התפכחות אופטימלית

הדיון ברגשותיו של המטופל לגבי סיוס הטיפול מהווה פעמים רבות נקודת מפנה קריטית. פרנצי, באלינט וווינקוט (Ferenczi, 1931; Balint, 1968; Winnicott, 1965) הניחו כי בתהליך ההתפתחות השכיח האדם לומד להתנתק מצרכים או מתחושות גופניות בגלל כשלון של אחרים להיות מכווננים באופן אופטימאלי לצרכיו. כתוצאה מכך, אנו לומדים להתייחס לאחרים דרך ארגוני עצמי מזויף (False).

כפי שהדגיש ווינקוט (1965), כשליו של המטפל הם שמאפשרים למטופל להחיות מחדש את החוויה הטראומטית של היענותם הבלתי מספקת של ההורים לצרכיו. אלא שהפעם תתרחש החוויה במסגרת מובנית המאפשרת לאדם לעבוד מחדש על מקומות פגועים אלו באופן יעיל ומקדם.

במסגרת הטיפול ההתייחסותי קצר המועד השימוש בתזכורת לסיוס המתקרב מעורר פעמים רבות את האכזבה מהטיפול, מהמטפל ומכך שהשינוי לו ייחל המטופל לא התרחש. גם אם באופן ראציונלי המטופל מבין את מגבלות הטיפול, ברמה הלא מודעת תמיד תתקיימנה פנטזיות של איחוד ושלמות אשר אינן ניתנות להשגה במציאות.

אם המטפל מצליח להיענות להתנגדות ו/או לאכזבה כתגובה לגיטימית, הוא מאפשר למטופל לגעת ולהתחבר מחדש לצרכים ומשאלות. יכולת המטפל להגיב באמפטיה לצרכים אלו גם כשלא ניתן לספקם היא קריטית, מאחר והיא מאפשרת למטופל להתחיל להכיל את רגשותיו שלו כלגיטימיים.

תהליך ההכרה של המטופל במגבלות הטיפול וביכולותיו של המטפל, במקביל לחווית הלגיטימיות של רגשותיו והכלתם ע"י המטפל, אמורים לסייע לו בקבלת מגבלותיו של האחר לצד ויתור אחר מטרות שאינן מציאותיות (Safran, 1999). על המטפל, אם כן, להיות סובלני לצרכיו ולאכזבתו של המטופל בקונטקסט של הסיוס, ובמקביל לעבד את הפנטזיות האומניפוטנטיות שלו כמטפל ולוותר על חלק מהשאיפות הנרקסיסטיות שלו.

מטא-קומוניקציה תרפויטית

השימוש בחשיפת ההעברה נגדית משחק תפקיד מרכזי בטיפול. אנו מוצאים את עצמנו מושפעים בנושא זה מעבודתם של ארנברג, בולס, טנסי ובורק, מרודה וקיסלר (Ehrenberg, 1992; Bollas,), Maroda, 1991; Kiesler, 1996; Tansey & Burke, 1989; Maroda, 1991; Kiesler, 1996), מהם השאלנו את המושג

מטא-קומוניקציה תרפויטית (therapeutic metacommunication).

מטא-קומוניקציה תרפויטית כוללת את הניסיון להתנתק מהקונפיגורציה ההתייחסותית המתבטאת באנאקטמנט באמצעות שימוש האינטראקציה העכשווית כמוקד הקומוניקציה. מטא קומוניקציה, אם כן, היא מונח רחב יותר מחשיפת ההעברה הנגדית. ניסיון להבין את האנאקטמנט מערב פעמים רבות את חשיפת ההעברה הנגדית, אך עשוי לערב פעמים רבות גם פעולות נוספות (העלאת השערות, שאילת שאלות). בניגוד לפרשנויות העברה קלאסיות, בהן המטפל מציע השערה לגבי דינמיקות בלתי מודעות של המטופל או משמעות האינטראקציה הנוכחית, מכוונת המטא-קומוניקציה להפחתת מסקנות אלו; התכוונות זו מעוגנת בחוויות המיידית של המטפל את היחסים הטיפוליים (רגשותיו של המטפל או תפיסה נוכחית של פעולות המטופל). המטרה היא יזימת חקירה מפורשת של הדבר המתגלם באופן בלתי מודע.

עקרונות המטא-קומוניקציה

1. החקירה הטיפולית מתנהלת מתוך גישה טנטטיבית עם דגש על החוויה הסובייקטיבית
המטפל מתקשר את תצפיותיו מעמדה חוקרת וטנטטיבית; עליו להעביר באופן גלוי וסמוי מסר של הזמנת המטופל לשיתוף פעולה בחקירה ולא להעביר אינפורמציה "אובייקטיבית". כמו כן, חשוב להדגיש את הסובייקטיביות שבתפיסה של כל אחד מהצדדים ואת העובדה שאין אמת יחידה וחד משמעית. כך ניתן לעודד את המטופל לחקירה עצמית ולמצב את יחסי הכוחות בחדר הטיפולים כשיתוף.

2. אין להניח כי הקבלה בין האינטראקציה בחדר לאינטראקציות נוספות
המטפל צריך להיות זהיר בניסיונותיו לקשר בין דפוס ההתנהלות המתרחש ביחסים הטיפוליים לבין יחסים אחרים בחייו של המטופל. קישור מוקדם מדי מסוג זה מעיד על חוסר עקביות בתפיסת הטיפול כתהליך של שני אנשים, ועשוי להיתפס על ידי המטופל כהאשמה ולהוביל להתנהגות הגנתית של המטפל; לכן, על המטפל להפנות את מוקד תשומת הלב לחוויותו הפנימיות של המטופל ולמעשיו תוך שימת דגש על ניואנסים הצצים בזמן אמת.

3. ניסוח מתוך מודעות לרגשות וקבלת אחריות על תרומת המטפל לאינטראקציה
כל התבוננות וניסוח של המטפל חייבים לקחת אחריות על רגשותיו ותרומתו לאינטראקציה. בהנחה שאנו משפיעים על כל אינטראקציה בה אנו לוקחים חלק, יש חשיבות רבה להכרה ולזיהוי אופיה של השפעה זו לאורך התהליך הטיפולי. לעיתים יכולה ההכרה המפורשת בתרומת המטפל להוות התערבות רבת עוצמה לכשעצמה (Gill, 1982). הכרה מעין זו עשויה לעורר במטופל רגשות ראשוניים שהתקשה לפני כן להגדיר ולהבין מפורשות. לדוגמא, הכרת המטפל ולקחת אחריות על כך שנהג בביקורתיות עשויות לאפשר למטופל להרגיש בצורה מפורשת רגשות של פגיעה והתנגדות. יתר על כן, מתן תוקף לתפיסתו של המטופל לגבי מעשיו של המטפל, יאפשר למטפל להפחית את הצורך שלו בהתנהגות מתגוננת.

4. התחל היכן שאתה

מטא קומוניקציה מתבססת על רגשות, אינטואיציות ותצפיות העולות אצל המטפל ברגע נתון. מה שנכון ברגע נתון לא יהיה בהכרח נכון ברגע אחר או בפגישה הבאה, וייתכנו הבדל בין מטפלים שונים. לכן, על המטפל לשים לב, לקבל ולעבוד עם תגובות ההעברה הנגדית שלו עצמו.

5. מיקוד בספיציפי, הקונקרטי וה'כאן ועכשיו'

שאלות, הערות והבחנות המתמקדות בדוגמאות קונקרטיות ובכאן ועכשיו עדיפות על פני הכללות. מוקד מסוג זה מעודד מודעות חויתית ולא הבנה מופשטת וספקולציות אינטלקטואליות. לדוגמא: "אני חווה אותך כעת כמי שמתרחק ממני ברגע זה, האם אתה מודע לכך?"

6. מטא קומוניקציה והיחלצות מתרחשים במקביל

אין זה מן ההכרח שלמטפל תהיה נוסחה מראש במטא קומוניקציה. למעשה, חשיבה בקול על האינטראקציה מסייעת למטפל, לעיתים, להחלץ מהקונפליקציה המגולמת (אנאקט). מעבר לכך, שיתוף המטופל לגבי אספקט בחווייה לגביו נמצא המטפל בקונפליקט עשוי לשחרר את המטפל ולאפשר לו לראות את הסיטואציה באור ברור יותר. אקט זה יכול להיחשב למה שמכנה Symington "אקט של חירות". למשל, בשיתוף המטופל ברגשות יאוש או תקיעות, ניתן לפתוח מחדש מרחב אנליטי שהתמוטט קודם לכן.

7. נסיונות למטא קומוניקציה עשויים לתפקד כמעגלי אנאקטמנט מתמשכים חדשים

נפתח בדוגמא: מטפל חש בנסיגת המטופל מהאינטראקציה ואומר "It feels to me like I'm trying to pull teeth". בתגובה, נסיגת המטופל ממשיכה והאנאקטמנט מתגבר; המטפל מגביר את נסיונותיו לפרוץ את המכשול והמטופל נעשה הגנתי יותר ויותר. קריטי לעקוב אחר תגובותיו של המטופל להתערבויות שונות ולזהות האם הן מקלות על המטופל ומעמיקות את יכולתו לחקירה או מובילות לצייתנות או הגנתיות. זיהוי ההתערבויות אשר אינן תורמות למטופל מחדד את הבנת האנאקטמנט. דגש זה תואם לרגישות הקליינאנית העכשווית לאופן בו מטופלים משתמשים (או לא מצליחים להשתמש) בפרשנויות המטפל. אנו מדגישים את חשיבות הבנת משמעותן האידיו סינקרטיות של ההתערבויות הלא יעילות עבור המטופל, ולאו דווקא מדגישים את תפקיד הקנאה (Envy) או האגרסיביות.

תאור מקרה

המטופלת, רות, הסכימה להשתתף ב-30 מפגשים טיפוליים כחלק ממחקר בפיסיוטרפיה קצרת מועד.

רות היא אישה נאה הנראית צעירה לגילה (52), גרושה מזה 16 שנה ועובדת כמורה בבית ספר תיכון. אם לבת 20 אשר חיה מחוץ לבית. רות התגרשה לאחר 12 שנות נישואין, בגיל 36, מאחר וחשה כי בעלה נהג בשתלטנות, התעללות רגשית ולא נענה לצרכיה הרגשיים.

מאז התגרשה התנסתה במספר מערכות יחסים קצרות עם גברים, אשר באופן דומה הסתיימו לאור חוסר שביעות רצונה מהם. היא נהגה להתחבר אל גברים אשר הרגישה כלפיהם רגש עליונות, ודיווחה כי חששה לחזר אחר גברים שמצאו חן בעיניה מתוך חשש מדחייה.

רות טענה כי בעבר התקשתה להודות בפני עצמה שבאמת רצתה במערכת יחסים אינטימית וכי נסמכה על הופעתה החיצונית על מנת לפתות גברים וכך להעלות את הערכתה העצמית. ככל שבגרה החלה חוששת כי הופעתה החיצונית לא תוכל עוד להוות מקור משיכה לגברים, והחלה לחשוש כי תיאלץ לבלות את שארית חייה לבדה. בעיה שנייה שהציגה הייתה התחושה כי אינה מקרינה סמכותיות ואיננה מוערכת ע"י עמיתה לעבודה.

למרות שכבר בתחילה היא עוררה בי סימפטיה, שמתי לב שהתפתח מהר למדי דפוס בו התקשיתי לשמר תחושה של מחויבות רגשית, ומצאתי את עצמי 'מושך זמן' עד לסוף הפגישה. במקביל, שמתי לב כי רות נוטה לספר סיפורים ארוכים תוך שהיא מתעכבת באובססיות ובחוסר רגש על פרטי פרטים, באופן שהתיר אותי מרוחק מהסיפור. כמו כן, שמתי לב כי לעיתים רחוקות טרחה להפסיק את דבריה על מנת להזמין משוב או הערה מצידי. כך, היא למעשה שטחה מונולוג אחד ארוך וממושך, כאשר הנוכחות שלי כמטפל כלל לא הייתה מורגשת.

למרות שהתחלתי כל פגישה בשאלה לשלומה, הרגשתי בכל סיום פגישה משועמם ועצבני. בדרך כלל היתה רות מגיעה לשלב בפגישה בו נגעה ברגשות כואבים, דבר שהביא אותה לבכי. למרות שהייתי מצפה מעצמי לחוש אמפטיה ברגעים אלו, המשכתי לחוש ניתוק.

על מנת להבין מה התרחש בינינו, התחלתי להשתמש במטא קומוניקציה לגבי תחושת הניתוק שלי. קיויתי כי אצליח להבהיר את הקשר אשר עשוי להיות בין החוויה שלי, הסגנון שלה והתהליך האינטרה-פסיכי הקשור בכך. קיבלתי תחושה כי היא קשובה לדברי, וכי דברים אלו הזכירו לה דברים דומים שנאמרו לה בעבר ע"י אנשים אחרים. כעבור זמן מה, ההבנה שלנו את הנוסחה שנוצרה בתקשורת בינינו החלה להיות יותר מובנת: רות החלה מזהה פחד מנטישה אשר הוביל אותה להגן על עצמה מפני רגשות כואבים ע"י שליטה בסגנון הצגת הדברים שלה. כמו כן, היא הצליחה להיות מודעת באופן חלקי לכך שדיבורה המונוטוני מהווה דרך התמודדות עם חוסר העניין והרגש אשר זיהתה אצלי.

חשתי מעודד מנכונותה של רות לחקור את הדפוס שעלה בקשר בינינו, אך מצד שני התעוררה בי תחושה שנוצר דפוס של יחסים סאדו-מזוכיסטים כאשר אני לוקח את הצד הסדיסטי והיא נענית בכניעה להצעותיי.

שינוי משמעותי חל במפגש התשע עשרה. רות סיפרה שאמירה קטנה שלי במפגש הקודם היתה משמעותית מאד עבורה. נזכרנו כי במפגש הקודם היא ספרה על סיטואציה בה הרגישה מושפלת על ידי הממונה שלה ולא ידעה כיצד להגיב ולשנות את המצב. ומאחר וזה היה לקראת סוף המפגש, הערתי כי נדמה שזהו משהו חשוב להמשיך ולדבר עליו, וכי טמונים בסיטואציה הזו מספר נושאים חשובים. לשאלתי מה היה משמעותי בהערה זו, השיבה כי מצד אחד חשה שאני לא מאשים אותה בבעיה בעבודה, אך מצד שני חשה מוטרדת מהיותה "מושפעת מכל מילה קטנה שלי" אליה. לאחר מספר משפטים נוספים, רות שינתה נושא בחדות והחלה לדבר על דבר מה אחר. ביקשתי ממנה לחזור לרגע שלפני שינוי הנושא ורות תיארה כי חשה שהיא נתפסת כ"ילדה טובה" ולתחושתה היתה רוצה דווקא להיות 'ילדה רעה'. בהמשך ניסינו לראות כיצד תפקיד הילדה הטובה היווה חוט מקשר בסיטואציות שונות בחייה.

בפגישה שלאחר מכן רות החלה, לראשונה, להתלונן על תחושת האכזבה מהדברים שאינה מקבלת ממני בטיפול. המפגש שקדם היווה מעין הקדמה שאפשרה לה לבטא רגשות ככעס, אכזבה ותסכול ביתר קלות. רות הרשתה לעצמה לבקש את הערכתי לגבי מה שהשגנו בטיפול עד כה.

יתרה מכך, היא העיזה לבקש ממני יותר מעורבות רגשית בטיפול. פעמים לא מעטות הרגשתי שאני נדרש לספק משהו שלא הייתי בטוח שאני מסוגל לו. יחד עם זאת, היכולת שלה לבטא את הצורך שלה ביותר מעורבות רגשית מצידי אפשרה לי להרגיש יותר אמפטי כלפי תחושותיה שאיני מקבל אותה. בפגישות ההמשך רות הצליחה לגעת ברגשות כואבים של פגיעה ואכזבה על כך שלא סיפקתי לה את התמיכה והאישורים הרגשיים בהם רצתה. ככל שעבר הזמן, ולמרות שהיו עדיין נקודות בהן סגנון הדיבור שלה דמה לסגנון ההתחלתי, חל שינוי גם בתחושותי כלפיי רות. ראיתי אותה כאדם שלם יותר- כבעלת תקווה, חלומות, כאבים וכמיהות, ומכאן לא הרגשתי עוד מרוחק ומנותק כבתחילה.

התקשורת שנוצרה בינינו אפשרה לרות לחוות יחסים ששרדו למרות פחדיה מנטישה ודחייה. היא למדה לראות כי היא יכולה להביא רגשות קשים וכואבים ליחסים ולהישאר בחיים'. ממקום זה היא זיהתה גם עד כמה התרחקה בחייה מקשרים אינטימיים, מתוך חשש להודות ולהכיר בצורכה האמיתי בהכלה ותמיכה רגשית מאחרים. היו אלו רגעים קשים, כואבים ועצובים בהם הבינה איזה חלק גדול מחייה ביזבזה מאחר ולא זיהתה את צרכיה. בפגישות שנותרו, עלו שוב ושוב כעס וחששותיה מנטישה שלי.

שוחחנו על תחושת חוסר ההגינות והכעס של רות כלפי. היא הצביעה על חוסר השוויון בהשקעה בינינו ביחסים, והכלילה תחושה זאת לכלל הגברים אשר אינם מסוגלים להתמודד עם עומק רגשותיה. רות חשה שאשמח כאשר הטיפול יסתיים מאחר והיה משעמם ומתסכל עבורי. אני חשתי כי אמנם כך החלו הדברים אך שינוי גדול חל ברגשותיי, ותהיתי ביני לבין עצמי אם יהיה נכון לשתפה בכך. החלטתי שלא לשתפה מתוך אמונה כי יגיע השלב בו רות תחוש את השינוי שחל בי כלפיה, והתחושה תהיה חזקה ממילים מרגיעות.

ככל שעבר הזמן רות הרשתה לעצמה לבטא רגשות מפחידים ותחושות של כמיהה ליחס מצידי אשר הובילו לתחושת עצב גדולה אצלה, אך מצד שני חשה תחושת הישג על כך שהצליחה לחשוף בפניי את רגשותיה הכמוסים למרות החשש. חשתי אמפטיה לכעס, לתסכול הגדול שלה ממני וממגבלת הזמן של הטיפול; ראיתי את הכעס כלגיטימי ונתתי לו מרחב.

בפגישה ה-28 רות ביטאה את תחושתה שלה כי גברים אינם דואגים לה באמת ודנה בנטייתם לאבד עצמה ביחסים. בהמשך, היא שמה לב כי בטיפול הצליחה לבנות קשר ולהרגיש בו פחות אבודה למרות שלא קבלה את האישורים שכה נזקקה להם, ואף חשפה את רגשותיה הכמוסים והכואבים.

שתי הפגישות האחרונות היו מוקדשות לסיכום ופרידה. רות חשה כי זרע היכולת להיות אחרת בקשרים בין אישיים החל לנבוט בה. היא הכירה בעצב שגורמת לה הפרידה ממני ובחששה מהעתיד, אך תיארה גם אופטימיות ואמונה כי דברים יכולים להשתנות. למרות שבעבודה וביחסיה עם גברים לא ניכר שינוי שינוי, רות חשה כי משהו בה משתנה. היא חוותה עצמה כעוצמתית יותר, יותר חיובית ובעלת תקווה.

דיון

לסיכום, ניתן לומר כי בשלב הראשון של התהליך הטיפולי פגשנו במרחב הטיפולי את דרכי התמודדותה של רות עם רגשות כואבים. 'שמירת המרחק' אשר אפיינה אותה יצרה תחושת שעמום אשר בתורה הביאה לחוסר מעורבות ותסכול מצדי.

הניסיון לזוז מעמדה זו על ידי חשיפת ההעברה הנגדית הפעיל מעגל תפקידים בו רות נענית לפרשנויות בכניעה מסויימת. בשלב זה עשיתי ניסיון לפתח בינינו מטא קומוניקציה על מעגל התפקידים שנוצר. ניסיון זה הביא להיענות נוספת של רות אך גם הכין את הקרקע לשבירת המעגל על ידה בהמשך.

כאשר רות החלה לעמוד על שלה מולי, היכולת שלי לשרוד את האגרסיביות שלה שיחקה תפקיד מרכזי בפיתוח יכולתה להביא ליחסים תסכול, אכזבה וכעס. מודעותה בשלב זה למשך הטיפול ומגבלת הזמן עוררה בה רגשות כואבים אותם העיזה להביא לטיפול. אני, במקביל, התחלתי להרגיש יותר אמפטי כלפיה, ואפשרתי לאכזבה שלה ממני להיות נוכחת בחדר.

לא אוכל לענות באופן חד משמעי על השאלה האם היה עלי לשמור את רגשותיי השלילים לעצמי ולאפשר לרות סביבה תומכת יותר. ייתכן וסביבה כזו הייתה עוזרת לה, אך איני בטוח שהייתי יכול לספק לה את התגובה האוטנטית לה נזקקה והשתוקקה כל כך. תגובתי הנוכחית אפשרה לה לחוות רגשות אמיתיים של כעס ותסכול, אך לראותם מפרספקטיבה מאפשרת ומכילה יותר. עבורי, הייתה זו הזדמנות ללמוד את הקונפליקט הפנימי איתו רות מתמודדת ולנוע לעבר פירוש רגשות ההעברה הנגדית ומחוץ לעמדה האגוצנטרית שלי.

שאלה נוספת אשר העסיקה אותי היא האם היה נכון להאריך את הטיפול בדיעה שהארכה תשתמש עדות חותכת לאכפתיות שלי כלפיה. אני מאמין כי הארכת הטיפול היתה מסייעת ומעבירה מסר לגבי היכולת לסמוך ולהישען- מסר אותו קשה להעביר בטיפול קצר מועד. כלומר, ייתכן וטיפול ארוך טווח היה מביא לשינוי בתפיסה הפנימית של יחסים, דבר אשר קשה להשיג בטיפול קצר מועד. עם זאת, אני סבור שדווקא מסגרת הזמן המוגבלת של הטיפול הנוכחי אפשרה לרות לחוות את הלגיטימיות של צרכיה בעולם לא מושלם, אל מול מטפל הנתפס כמספיק טוב למרות אי יכולתו להיות שם עבורה לזמן ארוך יותר.

האם הסיום החד היווה עבור רות טראומה נוספת של נטישה? ייתכן כי סיום הטיפול קצר מועד לא מאפשר לעבד כראוי רגשות קונפליקטואלים העולים ביחסים אך לא מקבלים מענה מספק. יחד עם זאת, כאשר הקשבתי לקלטות הטיפול שלי עם רות, שמעתי בהם מגוון רחב של רגשות כחום, אכפתיות, עצב, צער, התרגשות, תקווה, וגם אשמה. לא על כל הרגשות האלו דיברנו, אך אני סבור שהיא חשה בהם וכי תחושות אלו אפשרו לה לחוות את היחסים בינינו כמסייעים ולא כטראומטיים, בסופו של דבר.

אני מאמין שאסור למטפל להתחבא מאחורי ניסוחים ותיאוריות בדבר מגבלת הזמן של הטיפול הקצר אלא להיפך: להשתמש בסיום כמנוף להצפת חומרים חשובים ושוניים עם כל מטופל ומטופל, ולחקור איתו את משמעות הסיום הייחודית לו. באופן זה, מגבלת הזמן עשויה להוות זרז ולא דווקא גורם מעכב למפגש האוטנטי.

ביבליוגרפיה

Safran J.D., (2002). Brief Relational Psychoanalytic Treatment. Psychoanalytic Dialogue, Vol 12(2), p. 171-195.

למאמר המלא (באנגלית)

http://pdfserve.informaworld.com/179993_786911582_794658285.pdf