

מצפן לטיפול בזמננו

החברתי כאישי בחדר הטיפול

ניצה ירום
שותף: זאב הירשפלד



מצפן לטיפול בזמננו

החברתי כאישי בחדר הטיפול

ניצה ירום
שותף: זאב הירשפלד



ההוצאה לאור של אוניברסיטת תל אביב ע"ש חיים רובין

Nitza Yarom
Zeev Hirshfeld
A Compass for Psychotherapy Today
The Social as Personal in the Consulting Room

ניצה ירום
שותף: זאב הירשפלד
מצפן לטיפול בזמננו
החברתי כאישי בחדר הטיפול

אין לצלם, להעתיק, להקליט, לשכפל או להפיץ בכל דרך שהיא ובשום אמצעי,
אלקטרוני, אופטי או מכאני, קטעים כלשהם מספר זה,
וכן אין לעשות שימוש מסחרי מכל סוג שהוא בתוכן הספר
ללא רשות מפורשת בכתב מהמוציא לאור.

מהדורה ראשונה, תשפ"ב 2022
מסת"ב 978-965-7786-06-2
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

עימוד: המשרד לעיצוב גרפי, אוניברסיטת תל אביב

© כל הזכויות שמורות, תשפ"ב 2022
אוניברסיטת תל אביב, ההוצאה לאור ע"ש חיים רובין
ת"ד 39040, תל אביב 6139001
www.taupress.co.il

נדפס בתל אביב תשפ"ב
Printed in Tel Aviv 2022

תוכן העניינים

9	מבוא
	פרק ראשון: על השיח הטיפולי הנדרש כיום – מיהו המטופל
13	בן זמננו?
15	המטופל בהקשר של חייו בהווה ובעבר והמצפן האישי הדרוש לו
17	מהי השותפות הטיפולית הדרושה?
22	מיהו המטפל?
22	ממטפל כמסך למטפל כשותף: היסטוריה קצרה של הטכניקה הטיפולית
	פרק שני: למה זקוק המטופל? על התעניינות, הקשבה והקשבה
29	עצמית
29	מצוקה והתעניינות
31	מהי ההתעניינות בעצמי?
23	מהי ההתעניינות באחר?
43	מדוע ההקשבה קשה?
38	לא מסכים להיות מושתק
	פרק שלישי: מה רוצה המטופל? הוא רוצה מטפל שיפסיק להדהד
40	ויתחיל לדבר!
44	השיח הטיפולי הנדרש – שותף ולא הד
45	קול חי – פנימי וחיצוני
47	מורכבות הדיאלוג הטיפולי
54	פרק רביעי: מצפן אישי וליבה טיפולית: ללוות מטופל ראוי ודינמי
54	לפגוש מטופל בעולם משתנה
58	הליבה הטיפולית – התעניינות, הקשבה ושיח

- 61 דרכי שיח שמטופלים מעריכים
- 65 שותף בצוות
- 67 **פרק חמישי: האדם/המטופל כמכלול נפשי וגופני**
- 67 הליכה הטיפולית בתכלול מול פיצול נפש וגוף
- 69 הליכה הטיפולית בחילוף ממקלטי הגוף: בטראומה, בכאב, בזוגיות, בהורות
- 78 האדם וגופו בחדר הטיפול – ההתעניינות והשיח
- פרק שישי: התהליך הטיפולי: לעבוד עם פשטות, עם מורכבות,**
- 84 **עם פיצול ועם שינוי**
- 85 הליכה הטיפולית בעבודה מול פיצול בחדר הטיפול
- 91 ההתנגדות לדעת והרצון לדעת כמורכבות אנושית מובנית
- 93 לעבוד עם "העצמי המרוכה": האדם הוא יצור מורכב; מה חדש?
- 95 שינוי: הרצון והפחד, כשייצוג עצמי בוגר חומל על ייצוגי העצמי הילדיים
- 97 **פרק שביעי: מטפל ומטופל בתפקיד הכפול: כמשתתף וכמשקיף**
- 98 התפקיד הכפול בשניים
- 102 המטפל האנושי – סובייקטים אנושיים נפגשים
- 104 לא-מודע בשני קולות
- 110 **פרק שמיני: מתוך הליכה: המסגרת הטיפולית והכלים הטיפוליים**
- 110 המסגרת הטיפולית – התחלה וסיום, גבולות מתוך זמינות
- 116 הכלים הטיפוליים: מושגים שהתקבעו ודורשים ערכון ומושגים זמינים אחרים
- 124 **פרק תשיעי: מדגימים ליבה פסיכואנליטית כליכה טיפולית**
- 421 ממה סובל המטופל?
- 129 המצפן הפנימי והמקום התקוע
- 135 **פרק עשירי: מטפל אחראי, מטופל "קשה" – מתשישות להתעניינות**
- 136 המטופל שקשה להגיע אליו
- 140 המטפל המותש
- פרק אחד עשר: ערכון ההכשרה והשילובים במצפן לטיפול הראוי**
- 147 **לזמננו**
- 147 ההכשרה המוצעת לזמננו
- 148 1. הקריאה הליבתית
- 149 2. הקריאה הביקורתית
- 152 3. הקריאה היישומית

- 152 בין הגות למעשה בפסיכותרפיה העכשווית – קריאה יישומית
155 לפרוץ דרך בטיפול – מעבר להמשגות מקובלות: קריאה יישומית וביקורתית
162 הליכה כמצפן לאינטגרציות, או: איך נשלב?
164 המטופל והפרידה: מסעו של מטופל מנקודת מבטה של שותפה למסע

168 **מקורות**

171 **מפתח השמות והעניינים**

תודות

תודות עמוקות נתונות לרבים וטובים שנתנו מליבם ומהידע שלהם להאיר, להעיר, לתקן ולתרום כך שספר זה יהיה מדויק, מעודכן וראוי, שלוו במשך שנים את העמדות המובעות בו. חברים של שנינו, אנשי ונשות מקצוע ומטופלים נדיבים מכל הגילים – שאולי לא היו ערים עד כמה תרמו – ותרמו כהוגן.

תודתי נתונה להוצאת הספרים של אוניברסיטת תל אביב, לפרופ' אביעד קליינברג – על ההשקעה והמעוף, לד"ר שלמה מנדלוביץ – על השקעתו, לקטיה ברי-לב שניצחה על המלאכה, לרותם כיסלו שעל העריכה, ולכל מי שידו סייעה לכך שהספר יראה אור באיכותו ובמועדו – התודה והברכה.

מבוא

הטיפול הנפשי הוא משאב אדיר המציע תקווה לאדם הסובל. למרבה הצער, הטיפול המוצע כיום רצוף מחדלים.

זה עשר שנים ויותר שאני מתבוננת בתרבות הטיפולית שבתוכה אני פועלת, בטיפולים, בסדנאות, בקליטה שוטפת של חומר מקצועי הכולל דיווחי מטופלים ומטפלים על כל גווניהם – ואני רואה מקום תקוע: מטופלים מתוסכלים, ומטפלים מבולבלים וקרועים בנאמנויותיהם בין המטופל לבין הסמכויות והארגונים שאליהם הם משתייכים. הם מתחנכים למקצוע שלהם באופן שנע בין האדרת העבר לבין האדרת השיווק והסמכות – במקום להתמודד עם השאלות: מיהו המטופל העכשווי שעבורו מיועד הטיפול? איך נכון לפגוש אותו? בתוך המציאות הזאת עומד, לעתים קרובות מדי, הכיסא הריק של המטופל.¹

המטפלים אבודים בתוך סבך תיאורטי: יותר מ-100 שנים של פסיכואנליזה אופפות אותם, מגוון של טכניקות קורצות להם, וכך גם הצעות לאינטגרציה עם תחומים שונים, החל בחקר המוח, במדע ובטכנולוגיה, דרך חברה וגיאופוליטיקה, וכלה ברוחניות וברתיות של העידן החדש. מדובר באנשים צעירים שצריכים ללמוד מקצוע רלוונטי, כך שיוכלו לתפקד באופן עצמאי ומכבד, ובבכירים שחייבים להתאים את דרכיהם.

בספר שלפנינו מוצע מצפן של ליבה טיפולית, שסביבה יחוגו כל ידע או טכניקה במעשה הטיפול (תוך יכולת להטיל ספק לבל ייעלם היער בין המוני העצים). הליבה הטיפולית הנפרשת כאן היא לדידי החידוש המרכזי: תשתית של קשר אנושי שיש בו הקשבה, התעניינות וכבוד, תוך ידע ואחריות מקצועית – לא מבחר מתוך הגות קיימת.

1 מטעמי נוחות בלבד, לרוב נעשה כאן שימוש בלשון זכר.

קשה לשנות הרגלים. אנשים, ובהם מטפלים, נאחזים במוכר להם, במה שמקנה ביטחון ויוקרה. כיום, כאשר מנשבות רוחות של אי-נחת מהמוכר, נדרשת ראייה גמישה וממוקדת יותר לטיפול. באמצעות הליכה הטיפולית מציג הספר מצפן להתנהלות בסבך.

בעולמנו, הטיפול הנפשי מאתגר על ידי הפסיכואנליזה והראייה הדינמית וההתייחסותית הנובעת ממנה, מחד גיסא, ומניסיונות חדשים להחדיר את ה"מיינדרפולנס" ואת הגישה מבוססת הראיות כתשתיות לטיפול, מאידך גיסא. בספר זה אעסוק בליכה הטיפולית הנדרשת כיום לדעתי, כששני המקורות הללו ייבחנו בחינה ביקורתית. דרך הליכה מובטח כינונו של היסוד האנושי המתבונן – שאנשים זקוקים לו בעולם המציף שאנו חיים בו. העיקרון כשלעצמו אינו חדש, אבל הגדרתו כליכה ויישומו במוצהר בהכשרה ובטיפול כמתאים לאדם בן זמננו הם החידוש.

בספר זה אני מבקשת להרחיב את יריעת הפסיכותרפיה באמצעות התייחסות להקשר התרבותי-חברתי של מטופלים ומטפלים.

* * *

ספר זה מיועד לאנשי טיפול צעירים, פסיכולוגים ואחרים, גברים ונשים מלאי מוטיבציה והתלהבות, שמבינים את העולם העכשווי ואת אורחותיו כי נולדו לתוכו. המטופל העכשווי מוכר להם, אלא שהתרבות והארגונים הטיפוליים, חרף כוונותיהם הטובות, מטים אותם אל העבר ואל אידיאולוגיית הארגון. במקצועות ובדיסציפלינות של אמנות, טכנולוגיה ומדע – הצעירים נותנים כיום את הטון, ואילו בתרבות הטיפולית הם מרכינים ראש בפני הסמכות, שמחים כשהיא מקבלת אותם לתוכה, חוששים להזדקף ולהתגאות ביכולותיהם ובתובנותיהם, מבקשים רשות.

הספר מיועד גם לכל המטופלים והמטופלים בפוטנציה. חשוב שיהיו פרקטיקות טיפוליות לא נכונות, חשוב שידעו שמותר להם לשאול ולמחות, לדרוש את הטיפול שהם ראוים לו ולשנות מסגרת עד שיקבלו מענה מתאים. והוא מיועד גם לפסיכולוגים ולמטפלים הוותיקים הפתוחים לשינוי ורוצים להשתמש בכל כלי שיקל את מצוקת הפונים אליהם.

ראשי הפרקים בספר שאובים מתוך הליכה הטיפולית המוצעת ומדגימים אותה. הספר הוא נדבך שלישי בסדרת ספרי המצפן שלי, המוקדשת ליחסים הראויים בעידן שלנו, במבט מחדר הטיפול. המצפן הראשון הוקדש לשיפור היחסים בין הדורות בימינו. טענתי בו שהדור הצעיר הוא סמכות צריך ללמוד

לתקשר איתה ולגונן עליה כאחד. המצפן השני הוקדש לסוגיות במיניות ובזוגיות העכשווית, שבהן נדרש מעבר מזוגיות מזדמנת או "פרקטית" לאינטימיות. בספר הנוכחי מוצגים באחד-עשר פרקים מרכיבי הליבה הטיפולית לזמננו: זיהוי המטופל בן התקופה וזיהוי מרכיבי הליבה הטיפולית הדרושה לטיפול בו: ההתעניינות, ההקשבה וההקשבה העצמית, הצורך בדיאלוג אנושי עם מטופל ראוי ודינמי, הצורך בקשב גופני-נפשי כמכלול אנושי, כאשר המטפל ממלא תפקיד כפול – משתתף ומשקיף – והמסגרת הטיפולית והכלים הטיפוליים. הליבה הטיפולית מוצגת כליבה פסיכואנליטית, מוצגת הצעה למעבר המטפל מתשיות להתעניינות, ולסיום מוצגים עדכון ההכשרה והשילובים – במצפן הראוי לזמננו. בפרקים מודגמים יישומיה השונים של הליבה הטיפולית בסוגיות טיפוליות ובתחומי חיים משמעותיים, תוך שימת דגש על המרכיב הפסיכואנליטי המזוקק המזין אותה ודיון בדרך הראויה להכשרת מטפלים ולשילוב בין גישות. דוגמאות מחדר הטיפול רצופות לאורכו, כפרופילים אנושיים, על בסיס הניסיון הקליני שהתגבש בי.

השותף הבכיר בספר זה היה בן זוגי, ד"ר זאב הירשפלד ז"ל, שתתם לאורך כל הדרך את נקודת המבט הסוציולוגית-חברתית של המעשה הטיפולי. הוא הסב את תשומת לבי למחדלי התרבות הטיפולית. בימים שעוד לא הייתה לי תיבת מייל במחשבי, הדואר המקצועי שקיבלתי עבר דרך המחשב שלו, והוא ראה את העובדות שעליהן דיווחו אנשי המקצוע ולא האמין שכך אכן הדברים מתנהלים. כמטופל מנוסה בחייו התאפשר לו מבט מזווית אחרת על הטיפול, אך בעיקר לאחר שהכשיר את עצמו בערוב ימיו להיות סוציולוג.

הראייה הסוציולוגית של זאב הזינה את המחשבה המשותפת שלנו; הספר הזה הוא מפגש בין הפסיכולוגיה והסוציולוגיה לטובת שיקום תחום הטיפול הנפשי. תוכנתי על הנאמנות הארגונית של המטפלים ועל ההקשרים החברתיים והכלכליים, בין היתר, של חיי המטופלים, בתוספת השכל הישר והאכפתיות שלו לתחום הטיפול, הם שעוררו אותי מתנומת ההשתייכות לממסד. היקיצה והליווי המתמיד והמפוקח מצדו הם שיצרו את עמוד השדרה לגישה הטיפולית המובאת כאן.

רבים מהרעיונות המועלים כאן התפרסמו לפני כן באתר פסיכולוגיה עברית – אתר מקוון דמוקרטי לאנשי מקצוע, שבו העליתי במשך יותר מעשר שנים את ההתבוננויות שלי בתרבות הטיפולית. שם יכולתי להעלות דעות מקצועיות ביקורתיות שהיו נחשמות בכנסים ובבמות אחרות ולהגיב לסוגיות שוטפות,

תוך הצגת הליכה הטיפולית. מבחר רשימות מבמה זו משולב בספר ומדגים יישומים שונים של רוחו, כאבני היסוד לדרך שאני מציעה. על כך נתונות הברכה והתודה למקימי האתר ולעורכיו.

פרק ראשון

על השיח הטיפולי הנדרש כיום – מיהו המטופל בן זמננו?

הפסיכולוגיה היא חוכמת הנפש. היא נועדה לסייע לאדם להבין את חיי הנפש שלו ולהקל עליו בעת מצוקה. לשם כך צריכים הפסיכולוגיה כאסכולה אקדמית והטיפול הנפשי הנסמך עליה להיות רלוונטיים למי שנזקק להם. אני מבקשת בספר זה לרענן את החזון הטיפולי. אין כוונתי לבטל את הקיים, אלא לספק מצפן לעדכון הידע, כלי מחשבתי בהיר ומעשי שבעזרתו תוקל ההתנהלות בתוך הריבוי והגיוון שנוצרו בתחום.

כדי לשרת את האדם בעולם דינמי, טכנולוגי ומלא תהפוכות כעולמנו נדרש לדעתי שינוי ברוח הטיפול ובטכניקות הטיפוליות הקיימות. בעבודה הטיפולית אי-אפשר עוד להסתמך רק על תיאוריות על-זמניות על אודות נפש האדם ואי-אפשר להסתפק בהן, שכן בני אדם מתעצבים ומשתנים על פי ההקשר שבו הם פועלים. לא נוכל לסייע לאיש התקופה שלנו אם נכפה עליו את דגמי העבר. כאשר ניסחו ההוגים וההוגות שהניחו את יסודות הפסיכואנליזה את התיאוריות שלהם, הטכנולוגיה לא פלשה לחיי הפרט ולא עיצבה אותם כפי שקורה כיום. חשוב לברר כיצד שינו השינויים בעולם את האתגרים הנפשיים של היחיד. אין הכוונה שיש לזנוח תוכנות פורצות דרך משום שהן "ישנות". הניסיונות לנסח שיטות טיפול חדשות זוכים לרוב במעטפת שיוקית. שיטות אלו מוצגות כ"חוד החנית" של הטיפול הפסיכולוגי, כאיחוד חדשני של טכניקות טיפול, או כתרומתו המתחדשת של ארגון טיפולי כלשהו. בעיקרון, מה שנדרש כיום כדי להיות רלוונטיים בתחום הסיוע הנפשי הוא מצפן – להגדיר מהות טיפולית ולהיבנות עליה.

הסבל והכאב היו תמיד מנת חלקה של האנושות. תמיד היו בנמצא מטפלים שתפקידם לעזור לאדם להתמודד עם מצוקותיו. בחברה המסורתית סיפקה הדת משענת. עם הפיכתה של החברה לחילונית, עירונית וטכנולוגית יותר – ובעיקר לאחר הולדת הפסיכואנליזה, בצד זרמים אחרים במאה ה-20 – הופקד תפקיד זה בידי סוכני הטיפול הנפשי. הטיפול הנפשי/הפסיכולוגי העמיד לפני אנשי המאה ה-20 אפשרות ייחודית למודעות עצמית ולשינוי בעת מצוקה בחייהם. אופציה זו הבטיחה, כדברי פרויד, שאי-הנחת האנושית או, אם נדייק, אי-הנחת הכרוכה בהיסטריה שבה התמקד בראשית דרכו, תהפך ל"אי-נחת מצויה", משנפתחה האפשרות שהחיים המנטליים של האדם הסובל ישוקמו בטיפול והוא יהיה מצויד נפשית טוב יותר נגד אי-הנחת הזאת (Freud & Breuer, 1893-1895, עמ' 393). יותר מ-100 שנים חלפו. במציאות העכשווית קיימים ריבוי ואף הצפה בענפי הפסיכואנליזה והפסיכותרפיה למיניהם. אלה מקשים את ההתמצאות בתחום. אנשי המקצוע בארץ ובעולם ודאי רוצים להעניק למטופלים טיפול רלוונטי, אך הם נשענים על ז'רגון מקצועי המובן רק להם, נאמנים לארגונים הטיפוליים שבהם הם חברים ולאוצר המושגים המקודש שלהם, במקום לבחון מיהו הפונה העכשווי לעזרה נפשית ומה נדרש לו.

כמו בכל תקופה, גם התרבות העכשווית יוצרת מצוקות ולחצים, השונים מהמצוקות ומהלחצים בתקופות אחרות.² השפע הצרכני, הפיתויים השיטוויים, הדימויים מהמדיה ואינסוף האפשרויות ככל תחום עיסוק ופנאי, בזוגיות, בהורות ובמימוש העצמי – כל אלה מציפים בימינו את האדם. עליו להבין את סדר העדיפויות שלו וללמוד מה מתאים לו בעודו מעדכן את המסורות שהפנים בילדותו. השמרנות הקונצפטואלית של התחום מביאה לכך שהאדם בן זמננו מסתמך לא פעם על ציוד ישן, שכבר אינו רלוונטי.

כהורה, למשל, הוא מודע לכך שילדיו יודעים טוב ממנו כיצד להתמצא בטכנולוגיות החדשות, חופשיים יותר ממנו במיניות (אולי בגלל החשיפה לסרטים פורנוגרפיים, המספקים את הסקרנות המינית שמתפתחת, אך עלולים ליצור גם עיוותים) וחשופים לסכנות שאינן מוכרות לו די הצורך. הוא נדרש לסייע להם בהתמודדות עם אתגרים שהוא מבין רק באופן חלקי.

מטרת הטיפול היא לסייע למי שהבלכול הזה מקשה עליו לתפקד. הפונה לעזרה נפשית צריך להרגיש שמישהו מתעניין בו, שלמישהו אכפת ממנו, שמישהו קשוב אליו, מתייחס ברצינות לדבריו ולקשייו וחושב יחד איתו על האפשרויות שלפניו, על הרגשות שהוא בלם וחונקים אותו, על חרדותיו ועל כעסיו, שחשוב

2 הערה לקורא: מומלץ לשים לב להשפעות ההקשריות-חברתיות כפי שהן משתקפות בחדר הטיפול, כתרומתו של סוציולוג לתהליך הטיפולי.

להכירם וגם לנוח מהם. במסע הטיפול, המטפל מקשיב למטופל ומעמיד לרשותו את הרגש, הידע והניסיון האישי שלו. כך ביכולתו לעורר במטופל אמון וביטחון ולעזור לו לחולל אצלו שינוי – ביכולתו להבין את קשייו, להכילם, להתייחס אליהם ולהתמודד עמם. מעל הכול, חשוב לראות בכל מי שפונה לעזרה נפשית אדם במצוקה, שמקורה במארג חייו בהווה ושורשיה יכולים להיות בעברו. לכן חשוב בטיפול להתמקד בזירות המצוקה של ההווה ולפנות אל העבר כשהדבר מתבקש. האדם ומסכת חייו מגיעים יחד אל המטפל.

הפונה לעזרה נפשית כיום הוא אדם מעודכן ובעל ידע, אדם שמסוגל להיות שותף לשינוי, גם כאשר הוא אובד עצות. הוא מכיר את עולמנו-הוא ומתמצא בוֹרֵגוֹן הטיפול, שחלקו הפך לחלק מהתרבות הכללית: המודע והלא-מודע, השלכה, העברה ומנטרות מגוונות על חשיבות ההתבוננות הפנימית – הכול כבר מוכר לו, הכול כבר שווק לו. אפילו אחראי ההובלות בסניף איקאה שבו ביקרתי אמר לי: "את משליכה את התסכול שלך עלי". דבריו הם אות לכך שהמורכבות והדינמיקה של האישיות ידועות לכול. אבל ה"ידיעה" הזאת היא לא פעם שטחית ומבלבלת. היא אינה חלק ממארג מושגי קוהרנטי אלא סדרת הבזקים מושגיים נטולי הקשר ומבלבלים.

אשר למטפל, גם הוא בן התקופה וגם הוא עלול להיקלע לבלבול, בעיקר נוכח סבך הגישות והטיפולים שמזינים את ההכשרה שלו. לעתים, מה שעומד בראש מעייניו אינו המטופל, אלא הנאמנות לארגון או לגישה טיפולית כלשהם. נאמנות זו נוצרת כשארגונים המלמדים טיפול ומאגדים מטפלים פועלים – מעצם טבעם – לטובת החברים בהם. אבל לא הנאמנות לארגון היא שאמורה להיות המוקד של המטפל, אלא מצוקת הפונה אליו לעזרה. ההיצמדות לכלליו של ארגון מסוים גורמת ללא מעט מטפלים נוקשות דוגמטית הפוגעת בטיפול. התפיסות שאגודות פסיכולוגיות תובעות היום כביטוי לנאמנות ארגונית מקשות על אנשי מקצוע צעירים להתמקד במטופל. מרוב ז'רגון מקצועי הם עלולים לא לראות את היער.

המטופל בהקשר של חייו בהווה ובעבר והמצפן האישי הדרוש לו

הגישות השונות בפסיכולוגיה, לרבות הפסיכואנליזה, מקנות התבוננות במטופל מנקודת מבט צרה, בעזרת מושגים תיאורטיים ותוויות אבחנתיות. אולם לטיפול אפקטיבי חשוב גם הרקע של המטופל – החברתי, הכלכלי, הדתי, הערתי והמגדרי; הקשר זה משתקף בחוויותיו הסובייקטיביות.

ולא רק הרקע האישי של המטופל חשוב, אלא גם זה של המטפל. אצל שניהם משפיע ההקשר שבו הם חיו וחיים על הקונפליקטים ועל הקשיים הייחודיים

להם, על עיצוב זהותם, על דרכי התמודדותם ועל האינטראקציה ביניהם. אין פירוש הדבר שהמטופל והמטפל מאפיינים את עצמם באמצעות תוויות סוציו-אקונומיות, אבל צריך להביא בחשבון, למשל, שהוויה מעמדית, אתנית, גילית או מגדרית משפיעה על מבנה האישיות, על תחושת הערך ועל דרכי התקשורת של כל אדם, בוודאי במפגש בין מטפל למטופל. צמצום הביוגרפיה למושגי טראומה בלבד, כפי שקורה לעתים קרובות, אינו מועיל להבנת קשייו של המטופל. אין הכוונה כאן לשימוש בסטריאוטיפים או בתוויות כמו "הוא מבית עני" או "אני מזרחית-אקטיביסטית", אלא בניסיון להבין את החוויות הבסיסיות של המטופל בהקשרן בהווה ובעבר, בלי למסגר אותן.

חשוב שמטפלים יתעניינו בהקשר הטכנולוגי-חברתי-כלכלי של המטופלים כחלק מהווייתם האישית, כפי שהם לומדים להתארגן באופן מקצועי מול המטופל על פי אבחנות פסיכולוגיות; חשוב שיראו אותם כבני אדם בהקשר מסוים, ולא רק את התוויות. כך, מאמר שהתפרסם בביטאון הסתדרות הפסיכולוגים האמריקאי (Pappas, 2019) קורא לראות נשים ואת מצוקותיהן על רקע סוציו-אקונומי, עדתי, דתי, גילי וגם גיאופוליטי. באופן דומה, הדרכת הורים לא צריכה להתמקד רק בפסיכופתולוגיה של גיל ההתבגרות, אלא גם באפיונים של כל נער ונערה כיום, כולל ההשפעה של זמינות הטכנולוגיה, כדי שההורה יוכל לתמוך בילדו בצורה מיטבית (ראו ירום, 2016).

בעולם של גלובליזציה, של טכנולוגיה שמשנתה במהירות וזמינה עד כדי התמכרות ושחיקת יחסים, של תוכניות ריאליטי שמפציצות את תודעת הפרט ומעצבות אותה, של צרכנות גואה, חשוב לעזור לאדם לבנות גרעין של עצמיות, שיאפשר לו לא להיות צרכן כנוע. חשוב לעזור לו להיות בעל יכולת התבוננות ומחשבה – להיות מסוגל לשאול את עצמו שאלות קטנות אך חשובות, כגון האם נפגעתי? ממה? מה חשוב לי עכשיו? שאלות כאלו אינן "חפירה", אלא עשויות לשמש לו מצפן בתוך ים הלחצים והאפשרויות המציף אותו.

הראייה הפסיכולוגית והפסיכואנליטית הקלאסית מסווגת את האדם בעזרת תוויות פסיכופתולוגיות ומושגים מתוך הז'רגון הטיפולי. כך, אדם יכול להיות מתוג כ"נרקיססט", כ"פרנואיד", כ"אישיות גבולית" ("בורדרליין"), כ"דיכאוני" או כ"אוטיסט". מושגים אלה התקבעו כדי לארגן עבור איש המקצוע את המציאות המקצועית. מנקודת המבט של הממסד הפסיכיאטרי ושל העולם הרפואי והמשפטי, יש ערך גדול לתוויות, אולם ההיצמדות המוגזמת אליהן עלולה ליצור חיץ בין המטפל והמטופל, שהם הצמד הטיפולי. מה שנחוץ הוא התעניינות אנושית, הקניית תחושת ביטחון ויצירת אמון ביניהם. רצוי שליבת הסיוע הנפשי שמציע איש המקצוע תהיה מושתתת על עניין בסיפורו

האישי ובייחודו של המטופל. על המטפל לראות מי עומד לפניו, בלי לצמצם אותו לנרטיב שתואם את התיאוריה, לתווית אבחנתית או לסטריאוטיפ, וזאת בלי להיבהל מהישגיו ומיכולותיו, ומנגד – בלי להיתקף בהלה בגלל הקשיים והמצוקות שלו. כל מצב ורגש אנושי הם חומר ראוי לטיפול, וכל אדם המעלה אותם – ראוי לכבוד ולהתייחסות רצינית.

את הראייה הפסיכולוגית כדאי אפוא להרחיב להתייחסות לסביבה שבה גדל האדם ולסביבתו בהווה. מוטב לא להינעל על מושגים של האסכולות הפסיכולוגיות של יחסי אובייקט או תיאוריית העצמי, ודרכם לדבר רק על "היחסים המוקדמים הממשיים והמופנמים" ועל "פגיעה נרקסיסטית" כמאפיין אישיותי. מוטב שמטפלים לא ינסו לנקוט מושגים תיאורטיים או טכניקות שונות כדי להכיל את ההצפה שהם חווים מול אחרותו של המטופל, אלא יתעניינו בה. ההתגדרות כמושגים מקצועיים עלולה להרחיב את הנתק בין השותפים לדרך הטיפולית ולהחמיר את חוסר הביטחון של המטפל.

מומלץ להרחיב את ראיית האדם ולהתייחס גם למעמדו הסוציו-אקונומי ולדתו, בין היתר. ייתכן, למשל, שההקשר שבו חי פלוני הוא הסיבה שבגללה הוא חש חריג במקום עבודתו או בתחום התמחותו המקצועית משום שלא הבין עד הסוף את קוד ההתנהגות של קבוצת ההשתייכות החדשה שלו, גם אם רכש את ההשכלה המתאימה והוא שולט בכישורים המקצועיים הדרושים. לא נכון להסתפק בדיבור על פגיעה או על טראומה – הרי מי מאיתנו לא חווה פגיעה מעולם? כדאי לזהות את החסר של המטופל גם באמצעות הרקע שלו כמושגים של מודעות עצמית ותקשורת חברתית או זוגית הדרושה לו בהתנהלותו בהווה או שאליה הוא שואף. יש לעזור לו לבודד את קולו מקול ההמון והמדיה, למרות חשיבותה של ההשתייכות.

מהי השותפות הטיפולית הדרושה?

מוסד קבלת הסיוע הנפשי מאיש מקצוע מושתת על מושגים והגדרות מסוימים, המקובלים בשפה המקצועית ובתרבות הכללית. הדיון שלפנינו יאפשר לנו לעמוד על הבעייתיות הגלומה בעצם השימוש בהם, ולאחריו נוכל לכוון להגדרה מדויקת יותר למהות הקשר הטיפולי הדרוש כיום. השיח הטיפולי החדש צריך להתייחס לצרכים, למצוקות וליכולות של האדם הפונה לטיפול, בתקווה שהעזרה שיקבל תשנה את חייו. לשם הפנייה לטיפול, הוא מגייס את משאביו הנפשיים והפיזיים. לאדם כזה נחוצה התנהלות מקצועית המבוססת על שיח שיתופי.

אוצר המילים הנפוץ בטיפול – מטפל, מטופל ואף המילה "טיפול" עצמה – יוצר מציאות שמטשטשת את ייחודה של הפנייה הטיפולית ואת תפקידיהם של המעורבים, שהרי בחיי היומיום כל אחד מטפל במשהו או במישהו. מנגד, בטיפול נפשי מינוח זה מנציח מצב שבו צד אחד הוא פעיל והאחר – סביל, שבו צד אחד הוא בוגר והאחר – ילד או אדם עם מוגבלות. דרושים לנו מושגים שיכירו בפונה לעזרה כאדם בוגר, פעיל ובעל יכולות, היוצר קשר עם איש מקצוע במצוקותיו, במטרה להבין אותן ולשפר את חייו. המושגים החדשים צריכים לשקף מציאות מקצועית המושתתת על כבוד לפונה לעזרה, מציאות החפה מכל נימה של הקטנה ופטרונות ושמדגישה את אחריותו של איש המקצוע לגבולות יכולתו הנפשית והפיזית ולטובת המטופל. במציאות החדשה הזאת, איש המקצוע יקשיב מעל הכול לפונה לעזרה ולא ימתג אותו במינוח מקצועי כלשהו.

להלן כמה מושגים, כאלה שמשמשים כיום וכאלה שאני מציעה:
מטפל: כך מקובל להגדיר את אנשי המקצוע העוסקים בסיוע לאדם במצוקתו הנפשית.

מטופל: האדם הפונה לעזרה נפשית לרוב אינו מכנה את עצמו "מטופל", אלא אנשי המקצוע הם שמכנים אותו כך. אדם מדבר על ה"טיפול" שהוא עובר ומתייחס לאיש המקצוע המלווה אותו כ"מטפל" או כ"פסיכולוג" שלו, בעוד על עצמו הוא מדבר כעל מי ש"הולך לטיפול". המילה "מטופל" היא בבניין פעל הסביל, כלומר לא מדובר באדם פעיל, אלא במישהו שעושים עבורו שירות כלשהו.

טיפול: מילון אבן שושן מגדיר טיפול כ"התעסקות בדבר, טרחה בדבר והשגחה עליו שיגדל ויתפתח כראוי". בחיי היומיום מטפלים בתינוקות או במוגבלים או, להבדיל, בלקוחות. קשת רחבה מאוד של שירותים נחשבת לטיפול, ומכאן שמונח זה נושא, מעבר למשמעותו הפסיכית עבור מקבל הטיפול, גם נזילות, ולא תמיד ברור מי מטפל במי ובמה.³

פציינט (Patient): המילה הלועזית למטופל. לפי מילון ובסטר, המקור הלטיני של המילה הוא מי שסובל. ואכן, פציינט הוא לרוב מי שסובל כאבים או לחצים. פציינט הוא מי שעובר טיפול רפואי וסובל כאב, שבגיננו הוא מקבל מגוון של שירותים אישיים ייעודיים. השימוש במילה "פציינט" מאפשר להדגיש את מרכיב הסבל שמביא אדם לטיפול, אולם היא משמשת לרוב בהקשרים

3 המושגים "מטפל", "מטופל" ו"טיפול" שגורים בדיבור ובשפה המקצועית, ולכן משיכו ללוות אותנו, תוך מודעות לעיוותים שהם עלולים לגרום.

רפואיים, שבהם המקבילה העברית שלה היא "חולה". הפונה לעזרה נפשית יכול להיות מזוהה כ"חולה", כשה"מחלה" היא המצוקה שממנה הוא סובל, אלא שמצוקה אינה מחלה.

תרפיה: הנטייה להחליף את המושג "טיפול" במושג "תרפיה" נולדה כנראה מהצורך להקנות לו נופך מקצועי יותר. המילה "תרפיה" נגזרת מן המילה היוונית שפירושה לרפא, ובכך היא מכסה את בריאות הנפש והגוף וכוללת את שניהם כמיועדים לאדם שהוא "חולה". כיוון שכך, בתי ספר מקצועיים מכונים לעתים "בתי ספר לפסיכותרפיה", ומטפלים מעדיפים לכנות את טכניקות הטיפול שלהם בשמות "תרפיה באמנות" או "תרפיה בתקשורת", למשל.

קליינט: גם מונח זה מקורו בלטינית, מהמילה שפירושה "בן חסות". לפי מילון ובסטר, הכוונה היא לאדם שמישהו אחר מגן עליו או נותן לו שירותים מקצועיים. בשנות ה-60 של המאה ה-20 הציע הפסיכולוג קרל רוג'רס את המושג "תרפיה הממוקדת בקליינט" (ולא ב"פציינט"), ובכך הדגיש את המרכיבים החינויים למפגש הטיפולי: המטופל הוא לקוח – אדם מתפקד שיש לו בעיה, ולא מישהו פגוע שנוזקק לשירות, ולכן הוא זכאי לכבוד כאדם בוגר ובעל יכולות. בכלל, הכבוד הכרחי לכל עזרה, לכל אדם, בכל גיל; הוא תנאי היסוד לעבודה הטיפולית. לדעתי, מסיבה זאת נכון להתייחס למטופל כאל קליינט (של פסיכותרפיה, של חקירה ושל ריפוי עצמי), אם כי המילה העברית, "לקוח", היא בעייתית.

לקוח: אפשר לראות באדם הפונה אל איש מקצוע לעזרה לקוח, משום שהוא משלם עבור השירותים שהוא מקבל. לכן, הוא לא מי ש"מתנגד באופן לא מודע" או "לא נאבק על הטיפול שלו", כפי שמטפלים נוהגים לומר, אלא הוא מגיב לכך שאינו מקבל תמורה נאותה להשקעה שלו, כפי שנראית לו שעת טיפול שהוא משלם עליה, ונוסף על כך לוקח שמרטף ומתנהל בפקקים. הוא מצפה שיהיה לטיפול רווח מוחשי. מנגד, למילה "לקוח" יש קונוטציה צרכנית, וקשה לנו לחשוב על טיפול נפשי כעל מוצר צריכה, אף על פי שהוא למעשה כזה. מטרתו ותוצריו של טיפול נפשי אינם מוחשיים כל כך, אך חשוב שיהיו מוחשיים בהרגשה ובהתנהגות ושהמטופל יבין שהוא מרוויח.

ייעוץ, יועץ, נועץ: הטיפול, בראייתו של ספר זה, הוא תהליך המבוסס על שיח הדדי, במטרה לשקם או לבנות את יכולותיו של הפרט. תהליך זה יכול לכלול ייעוץ, אבל לא להתבסס עליו. המושגים "ייעוץ", "יועץ" ו"נועץ" מצמצמים את הפרקטיקה שאנו מנסים לשרטט כאן.

פסיכואנליזה: פרויד טבע מושג זה, שמשמעותו חקירת הנפש, ויצר ענף טיפולי המבוסס עליה. ראוי לשמר את המהות הזאת, של החקירה הפנימית:

אדם בא לטיפול כדי להבין את עצמו וללמוד להתנהל כאדם פועל, ולא כאדם המופעל על ידי הניירוזות שלו, הרגליו או הלחצים הסביבתיים. באמצעות החקירה העצמית הוא מבקש להיות פחות מתוסכל ואבוד ולסבול פחות. אלא שהמושג "פסיכואנליזה" מזוהה כיום כתווית המציינת השתייכות למועדון מקצועי אליטיסטי, יותר מאשר הוא מזוהה עם גישה טיפולית מוסכמת. קירסנר (Kirsner, 2000, 2001) מצא כי מתלמדים במכונים פסיכואנליטיים שונים התקשו להגיע להסכמה לגבי מטרות הדרך הטיפולית שלהם ואופייה. המכנה המשותף לכולם היה הרצון להמשיך בטיפול כמה שיותר זמן וחשיבות הציות למדריך.⁴ נוסף על כך, העשייה הטיפולית העכשווית לסוגיה מתקיימת בהשראה פסיכואנליטית, כלומר נעשה ניסיון לטפל במטופל בן זמננו על פי דגמים ומושגים מן העבר, או על פי נוסחאות. אולם ההשראות הללו מהעבר גורמות להתקבעות של ז'רגון טיפולי ומונעות את האפשרות לקיים שיח כן, פתוח ומועיל למטופל. המטפל מבלבל בגללן, והוא מבלבל את המטופל, שעלול להידרש לטיפול במטפל או לרצותו, במקום להיעזר בו כפי שציפה. לדעתי, יש לחלץ את המושג "פסיכואנליזה" מן המימוש השגור שלו וליישמו כמתאר מהות טיפולית: חקירה וניתוח עצמי בעזרת שותף מקצועי הולם. לפסיכואנליזה יש אף משמעות אתית, המחייבת את כל העוסק בטיפול בהשראתה: עליו לראות את החקירה העצמית שלו כעיקרון המדריך אותו באופן אישי ומקצועי, למען המטופל.

פסיכואנליטיקאי: במהות מדובר במומחה לניתוח הנפש ולהבנתה, אך כיום מדובר בחבר במועדון מקצועי. במציאות רווחת תפיסה נוקשה של הטכניקה הטיפולית – נוקשות שפרויד עצמו התנגד לה משום שסבר שטכניקה מובנית מדי חוסמת מפגש עם הלא-מודע הדורש קשב פתוח, ולצדה רווחת הנאמנות למסורות ארוכות שנים. הדבר מצמצם את הספונטניות של איש המקצוע בתהליך הבינאישי של הטיפול המתקיים עם המטופל כשותף. לפיכך אני מציעה לשמר את מהות המושג ולסייגו לשותף המלווה בטיפול, כך שהשימוש בו לא ייצור בלבול וכניעה למסורת מצמצמת. אסור לכלוא מטפלים במתודה או באידיאולוגיה ארגונית המונעת מהם שותפות אמיתית בחקירת הנפש של המטופל שלפניהם, שהוא שותפם לדרך.

אנליזנד: התפקיד המקורי שהועיד פרויד למטופל כאנליזנד (Analysand, "מנותח" בתרגום לא שגור, או "זה העובר אנליזה") אינו תפקיד סביל בתהליך הטיפולי. להפך; האנליזנד חייב להיות פעיל מאוד, וכל העבודה הטיפולית

4 וראו הרחבה אצל ירום, 2004, פרק 6, "המטפל האנליטי, התיאוריה והמסדר".

מושגת על פעילותו המנטלית ועל האסוציאציות החופשיות שהוא מעלה. כך, פעילותו של שותפו לתהליך – הפסיכואנליטיקאי – מצומצמת למינימום ההכרחי, על מנת שלא יפריע לכאורה לפעילותו הנפשית של האנליזנר. בבואנו לתאר תהליך טיפולי רלוונטי למציאות חיינו כיום, אין מקום לדבר על "המטופל הסביל", אלא על אדם הבוחן את עצמו, אדם שהוא בעל ידע ייחודי, שרואה בעבודה הטיפולית פעולה חשובה לחייו וקושר את הפסקת הסבל לנכונותו להבנה ולשינוי עצמי, ולא רק לסילוק המצוקות. מכיוון שאין למושג זה מקבילה עברית ראויה, אני מציעה כאן להשתמש במושג "השותף המטופל".

השותף: מושג זה מתאר, לדעתי, בצורה הטובה ביותר הן את המטפל, הן את המטופל, באינטראקציה ביניהם, כאשר הם מתכנסים לשם חקירה והבנה עצמית של השותף המטופל (או השותף הפונה). השימוש בשותפות במרחב הטיפולי ובתהליך הטיפולי איננו חדש בפסיכואנליזה ומתגלם במחשבתם של רבים, החל בפרויד, דרך ויניקוט וכלה בסטיבן מיטשל ובבין־סובייקטיביים. אלא שבהקשר הנוכחי לא מדובר ברעיון תיאורטי אלא בבסיס לפרקטיקה. השותף המטפל הוא האחראי לתהליך החקירה והריפוי, ועליו לגייס את כל התעניינותו ואת כל המשאבים העומדים לרשותו כאדם וכאיש מקצוע כדי לאפשרו. השותף המטופל הוא האדם הפונה לחקירה עצמית לשם השגת הקלה נפשית וגופנית. הוא סובל, מתוסכל ומרגיש תקוע, ויוזם פנייה לעזרה בתקווה לשינוי ולהקלה. הוא פעיל מן ההתחלה, ויעילות הטיפול מותנה בפעילותו. במשאלה הכמוסה ש"מישהו יטפל בי" ו"גיד לי מה לעשות" מתגלם אופי השירות שנותן השותף המטפל: ללוות באופן מתעניין ופעיל את השותף המטופל, לתמוך בו ולהאיר את דרכו במסע הגילוי והחקירה העצמית שלו. היחסים בין השותף המטפל לשותף המטופל הם הדדיים אך לא שוויוניים. השותף המטפל הוא בעל האחריות ומקבל תשלום על שירותיו. עליו לשמש מלווה מסור ובעל ידע. ראייה זו של המטפל כשותף איננה חדשה בפסיכואנליזה, אך במודל המצפן המוצע כאן לא מדובר בתיאור התנהלותו של המטפל, כפי שנעשה עד כה, אלא באופן זיהויו – הוא שותף.

שותפות: במילון אבן שושן מוגדרת שותפות כהתקשרות חוזית למטרת עסק. הטיפול הנפשי הוא בדיוק כזה – התקשרות בהסכמה (חוזית) לעסק שמהותו היא הגדלת ההבנה העצמית וההתנהלות המודעת של הפונה, תוך כדי ביטוי עצמי, פיתוח תובנה והקלה של סבל, מצוקה ותסכול. המילה הלועזית "פרטנר", הבאה מצרפתית לפי מילון ובסטר ומתורגמת למילה "שותף", פירושה לחלוק יחדיו, להחזיק יחדיו. המטפל והמטופל הם שותפים בדרך לעזור לשותף המטופל ולהקל עליו.

חשוב לראות את התהליך הטיפולי ואת חקירת עולמו הפנימי של הפונה – בין שייקרא לקוח ובין שייקרא קליינט או מטופל – כתהליך שהמתקיים עם אדם שהוא בדרך כלל מתוחכם ובעל ידע ומכיר את העולם. את הישגיו של השותף המטופל בתחומי חיים אחרים, את ניסיונו ואת יכולותיו האישיות מביא השותף המטופל בחשבון בעבודה הטיפולית המשותפת. בסיס הקשר המקצועי הוא הכבוד שרוחש השותף המטופל לשותף המטופל. איש המקצוע תורם לתהליך שיח אישי, מתעניין ורלוונטי. הוא לא מנסה למחזר דגמי תגובה שהתקבעו בהיסטוריה הטיפולית ולא ליישם באופן טכני התערבות כלשהי, ולא משנה כמה שבחים חלקו לה בקהילה המקצועית. מקצועיותו משתקפת ביכולתו להתבונן פנימה והחוצה כאדם המנוסה בנבכי הנפש ובחוויות אנושיות מגוונות, כולל באמצעות התנסות והתבוננות אישית, וכמי שמכיר בתרומת הידע המצטבר בתחום המקצועי ומוכן ללמוד יחד.

מיהו המטופל?

המטופל הוא שותף בצמד הטיפולי, אבל בראש ובראשונה – הוא איש מקצוע, שכבר התנסה בתהליך בחינה עצמית מבוקרת, תהליך שהוא כלי חשוב להבנת נבכי נפש האדם. הוא סקרן להציץ אל הלא-מודע, מתעניין במה שגופו מספר לו ואינו חושש להכיל חוויות וחלקים בעצמו, גם אם הם ממלאים אותו בחשש מכאב, מהצפה או מבושה. הוא אינו סבור שהוא מושלם, ודווקא בגלל זה הוא עשוי להיות פרטנר בתהליך הטיפולי. הוא כבר ביקר במקומות כואבים. הוא למד כיצד לשפר הרגשה, להשתתף בכאב ולהתבונן במה שניתן לראות בו כישלון. יש לו הבנה מסוימת במה שפוגע בבריאות הנפשית ובמה שמחזק אותה, ביחסים קרובים ובהסתגלות סביבתית.

מומלץ לשותף המטופל לא לדבוק בדמות אידיאלית של מטופל, מתוך הבנה שהיא אינה בת השגה ושדווקא הצד האנושי שבו הוא הצד התורם למסע הטיפולי. כישורים, רצון טוב ונכונות להקשיב ולקיים שיח הם כל מה שמטופל טוב יכול וצריך לתת.

ממטפל כמסך למטפל כשותף: היסטוריה קצרה של הטכניקה הטיפולית

הפסיכותרפיה כמקצוע החלה עם הפסיכואנליזה, אם כי עוד לפני כן התקיים בגרמניה ובארצות הברית עיסוק פסיכולוגי שבמסגרתו נחקרו התפיסה והלמידה

במעבדה עם אנשים ועם בעלי חיים. עיסוק זה הזין גישות שהתפתחו בהמשך לשיטות טיפול התנהגותיות. אבל במרוצת השנים, הפסיכואנליזה היא שביססה בפסיכותרפיה, כולל בגישות טיפוליות שמדגישות התנהגות וחשיבה מודעת, הנחות יסוד קוהרנטיות לגבי מבנה הנפש והקשר האנושי והטיפולוי ואוצר מושגים בסיסי.

הפסיכואנליזה רואה בנפש ובקשר זירה מורכבת של כוחות הפועלים בד בבד בקונפליקט, במתח, ביחסים דיאלקטיים ולעתים פרדוקסליים. מודלים פסיכולוגיים ופסיכותרפויטיים פשוטים יותר, שהיו מבוססים על הנחות נפשיות וטיפוליות שמנו עקרונות או אפיונים ספורים (כגון הפסיכולוגיה ההומניסטית או האקזיסטנציאלית), כמעט נעלמו עם השנים. לעתים הם הזינו תרבות טיפולית פשטנית, ללא סימוכין אקדמיים, או נספגו בטיפול משימתי ובכל טיפול אחר. הפסיכואנליזה שינתה את פניה עם הזמן אך שימרה את התיאוריה ואת הטכניקה שלה והיא שרדה, הן כמסד, הן כמהות טיפולית. עם זאת, במשך השנים התפתחה נאמנות למסד יותר מאשר לצורכי המטופל ונוצר בלבול מושגי בגלל ריבוי ההוגים והמושגים. התוצאה היא לעתים כאוטית (ניסיון לשלב תיאוריות שלא תמיד מתיישבות זו עם זו) ולעתים שמרנית (דבקות במעין עיקרי אמונה של האסכולה ולא העמדם למבחן). עקרונות ומושגי יסוד טיפוליים, בעיקר פסיכואנליטיים, אינם יכולים להישמר כפי שנוסחו על ידי התיאורטיקנים שהגו אותם. בפועל, המורכבות נהפכת לבלייל והחיים משתנים. נהוג לחשוב שהפסיכואנליזה נולדה ב־1895 – שנת פרסום ספרם של זיגמונד פרויד ויוזף ברויאר, "מחקרים בהיסטוריה". שניהם ראו במשאלות מיניות את המנוע העיקרי בהתפתחותן של בעיות נפשיות. ברויאר נסוג ממחקרם המשותף להבנת הפסיכופתולוגיה האנושית ומהדרך הטיפולית שפיתחו, שהניחה העלאה של תכנים ומשאלות לא מודעים אל המודע, בעיקר בשל סערות רגשיות ומיניות שעלו במרחב הטיפולוי. אולם פרויד ראה את ליבת העבודה הטיפולית בהעלאה אל המודע של תכנים, חוויות ומשאלות שאנשים הדחיקו מתחת לפני השטח משום שאיימו על הדימוי העצמי שלהם ועל יציבותם. מטרת הטיפול הפסיכואנליטי הייתה לעזור לאנשים לנכס את המודחק ולחיות באופן אינטגרטיבי יותר עם דחפיהם השונים.

הטכניקה הטיפולית שהתפתחה בפסיכואנליזה ואשר הקרינה על התרבות הטיפולית הכללית עברה שלוש מהפכות חשובות במאה ה־20. המהפכה הראשונה של הפסיכואנליזה היא זו של פרויד ומודל פסיכולוגיית האחד, או הפסיכואנליזה התוך־נפשית. מהפכה זו הולידה כמה מושגים מרכזיים שמשמשים גם היום, ישירות או בהשראה:

האסוציאציות החופשיות: מדובר בטכניקה המאפשרת למטופל לדבר בחדר הטיפול באופן חופשי, בלי שיהופנט וכלי שיוצע לו רעיון כסוגסטיה – כפי שהיה מקובל כאשר החל פרויד להגות את דרך הטיפול הזאת. "אנה או", המטופלת של ברויאר, היא שהציעה את השיטה. בכך יצרה את התשתית לעבודה הטיפולית הדינמית-פסיכואנליטית, ולדיבור החופשי בחדר הטיפול בכלל. האסוציאציות החופשיות של המטופל היו לכלי הפסיכואנליטי המרכזי, כלי שבעזרתו ניתן לעקוף את ההדחקה ואת ההתנגדות.

הקשב המרחף: המטפל נקרא להגיב לאסוציאציות החופשיות של המטופל בהקשבה רפויה ולא מתוכנתת, כדי לקלוט את המסרים הסמויים בהן ולא לחפש את הידוע מראש.

העברה והעברה נגדית: בשל חשיבותו לגישה שאנו מקדמים, נתחיל בהתייחסות למושג "העברה חיובית": את תשתית הקשר הטיפולי ראה פרויד ככבוד למטפל ובהתעניינות רצינית בו, שכונה בפיו "העברה חיובית". הוא לא התעכב על העברה זו משום שהיא נראתה לו עניין מובן מאליו. כאשר המטופל הגיב בכעס למפגש הטיפולי, או כשמצבו הידרדר כתוצאה שלו, הדבר כונה "העברה שלילית" או "אפקט טיפולי שלילי". היום היינו אומרים שלא מדובר בהעברה שלילית, כפי שגרסו בעבר, אלא שתגובת המטופל היא בדיקה לגיטימית של המפגש והטכניקה, מעבר לבעיות שהוא מביא איתו ומקפצות אותו. למטפל רצוי להיות קשוב לאלו וגם לאלו אצל המטופל. את המושג "העברה" טבע פרויד לאחר שטיפל ב"דורה" בת ה-18 (פרויד, 1905). במחשבה בתום הטיפול הוא הודה שכשל בטיפול בה משום שלא הביא בחשבון את יחס ההעברה שפיתחה כלפיו, יחס שהיה העתקה והתקה של יחסה לאביה ולאדון ק', שבו הייתה (לדעת פרויד) מאוהבת. חשיבות המושג טמונה בהכרה בכך שהיחס למטפל הוא חזרה על דפוס יחסים קודם, שאינו מודע לאדם המטופל ושאותו הוא מעביר למטפל, וכך אפשר להכירו בפעולתו. "העברה נגדית", שמשמשת כיום מושג מפתח, לא שימשה את פרויד ככלי בתוך תהליך האנליזה. מדובר בהכלת המטפל את עולמו הרגשי, בין שמדובר במה שהוא נושא עמו ומתעורר בטיפול, ובין שבמה שמתעורר בו בעטיו של המטופל. פרויד גרס שעל המטפל להיפטר מרגשות אלה ולטפל בהם בטיפול שלו. במרוצת השנים נהפך ההדהוד הרגשי במטפל לכלי מפתח בטיפול.⁵

אנונימיות, ניטרליות והינזרות: פרויד ניסח את שלושת כללי היסוד לקיום המפגש הטיפולי, שלפיהם דמותו של המטפל צריכה להיות חסויה (כלומר

אנונימית), יחסו למטופל צריך להיות נטול סממנים אישיים (ניטרלי), ואסור לו לשאוב סיפוק לצרכיו מתוך המצב הטיפולי ומהמטופל (הינורות). המטפל אמור להתעניין במטופל באופן רציני ולעבד את תסביכיו ואת רגשותיו שלו מחוץ לזירת הטיפול, בטיפול ובאנליזה משל עצמו.

פירוש: ההתערבות הלגיטימית היחידה במצב הטיפולי היא הפירוש. המטופל הוא מושא הפירוש, והמטפל/האנליטיקאי משמש לו מראה או מסך. כך הוא משקף למטופל דרך הפירוש את עולמו הסמוי ומוסיף היבטים שהוא אינו מודע להם.

המהפכה השנייה של הפסיכואנליזה הייתה זו שחוללה אסכולת יחסי האובייקט (כולל פסיכולוגיית העצמי). מהפכה זו העלתה את המודל של פסיכולוגיה בשניים, כאשר המטפל הוא אובייקט עבור המטופל – הוא מכיל אותו, משקף אותו ו"מתרוקן" למענו. עבור פרויד, "התרוקנות" המטפל הייתה הצורך להציב מראה למטופל תוך שהוא מאפשר לו השלכה עליו. עבור אנשי יחסי האובייקט, המטפל הוא אובייקט להתעוררות הצרכים הראשוניים של המטופל ולעיבודם. במהפכה זו, שהחלה עם מלאני קליין ורונלד פייברן בשנות ה-30 של המאה הקודמת, הפך הקשר הטיפולי לליבת הטיפול, במקום הפירוש. מטרת הטיפול לפיה היא שיקום דפוסי קשר ילדיים וכינונו של גרעין עצמי מגובש – במקום מודעות.

המושג "העברה נגדית" עבר במהפכה זו למוקד והתרחב כך שכלל גם את המושג "הזדהות השלכתית". המטפל במקרה זה הוא אובייקט המכיל חלקים נפשיים שהמטופל מפקיד בידיו ומסייע לו להרגיש ולהתנהג לפיהם – כצורת תקשורת פרימיטיבית, שהיא התקשורת המשמעותית בתהליך הטיפול.⁶ כך משתקמים בטיפול היחסים המוקדמים של המטופל, ש"נתקעו" או שנטבע בהם חסר בהתפתחות, שהקשר עם המטפל נועד לתקנו. מורכבות הנפש מתמקדת לא בקונפליקט, כפי שסבר פרויד, אלא במתח שנוצר סביב האובייקטים המופנמים שלנו – הדמויות ההוריות המלאות או החלקיות, היחסים ביניהן וחוויותו של האדם כילד בזירה זו. המטפל נתפס כאובייקט להשלכות ולחסרים של המטופל, ומוטל עליו למלא את תפקידו תוך הבנת החסרים המתעוררים במטפל ובמטופל. נוסף על קליין ופייברן, עם מחוללי המהפכה הזאת ונושאי הדגל שלה נמנים ויניקוט, קוהוט, ביון, מקדוגל וכולאס.

המהפכה השלישית בתולדות הפסיכואנליזה הייתה המהפכה הבין-סובייקטיבית או ההתייחסותית, שבה נהפכו הסובייקט, הסובייקטיביות והביין-

סובייקטיביות לליבת התיאוריה והמעשה הטיפולי. ערכו של המטפל כעת הינו בעובדת היותו סובייקט – אדם ממשי שמלווה את הטיפול – ולא רק אובייקט מכיל. כל התהליכים בין המטפל למטופל, כל דיבור ביניהם, הם הדדיים ורלוונטיים לטיפול. כל ההתנסויות המשותפות ראיות לחקירה ולהתבוננות משותפת. עם דמויות המפתח במהפכה זו נמנים מיטשל, ארון, בנג'מין, ברומברג, אוגדן ואייגן. הם ואחרים פיתחו את מושגי הסובייקטיביות מתוך העולם של קודמיהם, נציגי אסכולת יחסי האובייקט – קליין, ויניקוט וביון.

מפעלו של סטיבן מיטשל ראוי לתשומת לב מיוחדת. לואיס ארון (1996) רואה אותו כמי שעשה "סינתזה התייחסותית" לתיאוריות הפסיכואנליטיות שקדמו לו, בהפגישו את התיאוריה הבינאישית של סליבן עם תיאוריית יחסי האובייקט ומודל הרחף הקלאסי תחת ניסוחים התייחסותיים. מיטשל עצמו רואה במהלכיו התיאורטיים שינוי כיוון מהותי ביחס לעבר: "אני מתאר התפתחויות אלה כמהפכות. מטרותיי פרובוקטיביות במתכוון. ברצוני להדגיש את אי-המשכיות, משום שאני מאמין כי עיסוק יתר במסורתיות מנע את ההכרה בשינויים המרשימים שהתחוללו בחשיבה הפסיכואנליטית בעשורים האחרונים" (Mitchell, 1993, עמ' 27).

על פי זרם זה, הפסיכואנליזה מיישמת את הסובייקטיביות של המשתתפים בקשר הטיפולי בפחות נוקשות וביותר ספונטניות. המושגים "גילוי עצמי" או "חשיפה עצמית" (Self-Disclosure), המתייחסים לכך שהמטפל משתף את המטופל בעולמו, הם עקרונות מכוננים בו. למעשה הם מצטרפים לדרכי החשיפה האישית מצד המטפל שבצבצו באסכולת יחסי האובייקט, כגון "אקט החופש" של סימינגטון, "הנוכחות החיה" של אלווארו ו"שימושים אקספרסיביים בהעברה נגדית" של בולאס (המוקדם). אלא שהם היו נקודתיים ופחות מובנים בטכניקה הטיפולית דאז. במהפכה הבין-סובייקטיבית/התייחסותית נהפך השיח ההדדי האישי למובנה יותר.

כיום ישנה נסיגה כלשהי מהמהפכה, שהתחוללה בתגובה למודל יחסי האובייקט שקדם לה, בחזרה אל מסורת זו, אם כי הרוח הכללית נשארה בעינה. הנסיגה, לדירי, באה לידי ביטוי ב"גילוי" אבות פסיכואנליטיים קודמים ובהסתמכות עליהם, כך שרוחה של אסכולת יחסי האובייקט, שממנה ניסו להתקדם, פועלת כהסבר מקדם עכשווי, אולי בניסיון להתקרב לפסיכואנליזה של המכונים הפסיכואנליטיים הממוסדים, שאותם היא מאפיינת. זרם בין-

סובייקטיבית-התייחסותי זה פתח את האפשרות לשותפות במסד בפני אנשי מקצוע מגוונים, שהמכונים הפסיכואנליטיים היו חסומים בפניהם. שלוש המהפכות הללו היו המהפכות ההיסטוריות, אך גם כיום, כפי שטענתי לעיל, נחוצות מהפכות בפסיכואנליזה.

המהפכה הרביעית היא זו הנדרשת כיום, כאשר מרוב עצים לא רואים את היער, ומרוב מושגים ותיאורטיקנים אין דיבור פשוט ופרקטיקות ברורות, שיאפשרו למטפלים להיות אנושיים בלי להיות פשטניים. הליכה הטיפולית המוצעת כאן כמצפן היא זיקוק רוחן של שלוש המהפכות העבר, מבלי להישען על שמות של אישים. כך מתגבש גרעין מארגן ליער המושגי הקיים. מהפכה זו תמרכז שלושה מרכיבים, שהם תמצית המהפכות הפסיכואנליטיות הקודמות – והאדם בן זמננו זקוק להם בחייו וטיפול: 1. קבלת מורכבות נפשית מינימלית במצבים של קונפליקט, מול אובייקטים מופנמים, במצבים דיאלקטיים; 2. חשיבות המודעות העצמית; ו-3. חשיבות הסובייקטיביות של האדם עצמו ושל הזולת.

אין ספק שהדגשת הסובייקטיביות והבין-סובייקטיביות בגישה זו משמעה שהיא גישה ברוח התייחסותית, כשהיא מיושמת לפי מהותו וצרכיו של בן הזמן. הדגשת הסובייקטיביות של המטפל אמנם קיימת עוד לפני המהלך שאני מציעה, אבל מהתבוננות במתחולל בתרבות הטיפולית בשטח ניתן לדבר על "הסובייקטיביות התקועה של המטפל" – מה שהביא להולדת רעיון המצפן הטיפולי. הכוונה היא כי מושגי הסובייקטיביות נידונים בקורסים ובימי עיון, אך למטפלים קשה לעשות בהם שימוש ולדבר בטבעיות, פן יגידו משהו שלא יהיה גילוי עצמי ראוי. חרף השימוש בז'רגון ההתייחסותי, מטפלים רבים ממקצועות שונים לא מצליחים לחלץ מהחומר עקרונות מנחים עבורם לטיפול בגישה הבין-סובייקטיבית; הם עדיין מתקשים להשתחרר מול המטופל ולשלב אותה בגישות ובטכניקות נוספות שהם מאמצים. עדיין מטפלת מנוסה ואנושית יכולה לומר: "מטופלת שאלה אותי אחרי חג אם הילדים באו לחג, ולא ידעתי מה להגיד". המהפכה המוצעת כוללת מתן עזרה מקצועית כך שהמטפל ייתן כבוד ליכולות המטופל ויסתמך על כישורים ברורים ואפקטיביים אצלו. הכלים הטיפוליים הבסיסיים בהם הדיבור וההקשבה, כאשר בדיבור הכוונה למיומנות בשיח אנושי הכולל מילים, שתיות ומחוות. המטפל יודע להתבונן בעצמו ויכול לעזור למטופל במסע הגילוי וההבנה העצמית ולסייע לו להבין ולשנות – יחד איתו.⁸

נוסף על המהפכה הרביעית דרושה כיום גם המהפכה החמישית. המפגש הטיפולי המתקיים פנים אל פנים מאותגר בימינו, בעיקר מאז פרוץ מגפת הקורונה, שהעצימה את חלחול הטכנולוגיה אל החיים, ובכלל זה אל הטיפול. עתה, מפגש טיפולי יכול להיות גם מתווך מסכים, ובמפגש כזה עולות סוגיות הקשורות לצורך בהגמשת המסגרת הטיפולית, כשחדר הטיפול הוא בביתם של השותפים בתהליך, וכן סוגיות הנוגעות להעברת הרגש והקשר האנושי במפגש שהנראות בו שונה ונעדרת ממנו השלמה חושית.

נדרש שינוי בדרכי הטיפול, שינוי הנובע מן השימוש במסך מתווך והיעדר הנוכחות החיה. הטיפול ה"חדש" הזה נבחן בהצלחתו של המטפל להגיע אל המטופל, ביכולתו להרגיע אותו נוכח השינוי וביכולתו להגיב למצבים בלתי צפויים (למשל, כשבעלה של המטפלת נכנס לחדר ומופיע במסך, או כשהאחות של המטופלת מוצגת למטפלת במפגש המתקיים בזום).

בתקופתנו, הידע שקוף ונגיש. כל ילד יכול לגלוש באינטרנט וללמוד כל דבר שירצה. בעולם כזה אין שום סיבה שמחשבה טיפולית-פסיכואנליטית תהיה חידתית ושכל שיח טיפולי יכלול את כל הספרות הקיימת בתחום במשך יותר מ-100 שנים. לפיכך, המטופל יהיה שותף מושכל וחבר בצוות הטיפול, והמטפל יגייס התעניינות ואמפתיה שהרי כל מצב אנושי יכול לעלות בחדר הטיפול. בלי רגישות והתעניינות אין קשר טיפולי, גם אם נסתפק בעקרון ההעברה החיובית ההיסטורי שבמסגרתו קרא פרויד קודם כול לכבד את המטופל. להתמחות בתוקפנות (על פי קליין) או באמפתיה (על פי קוהוט) כפי שמקובל יש ערך אקדמי או ממסדי, אבל התמחות כזאת אינה מאפשרת התנהלות טיפולית מאוזנת. כדי לקיים כל טיפול שהוא חייב המטפל להתמודד עם תוקפנות ולנקוט רגישות אמפתית.

המסורות הקודמות מפרות את הטיפול בימינו, אך צריך לזכך מהן עקרונות הרלוונטיים להווה; לשחרר את המהות הטיפולית מהשליטה הממסדית וליצור דמוקרטיזציה של הידע הטיפולי. אסור לבזבז את הפוטנציאל של הטיפול הנפשי. הוא מצריך יקר וכלי חשוב, שעשוי לעזור לאנשים לכוון את חייהם הפתלתלים. בזכות אימוץ הליבה הטיפולית המוצעת כאן – בהכשרה וכמצפן להתנהלות אישית וטיפולית – יכולים ההתבוננות העצמית והשיח המכבד להפוך לדרך חיים. בפרקים הבאים ייפרשו מרכיביה של גישה זו, שהם זיקוק של מרכיבי הטיפול במסורות הקיימות – הישנות, המתחדשות והחדשות.