

פרופ' גבי שפלר¹

הרצאה ביום עיון של האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה:

" כשהחוץ נכנס פנימה - המתחים הביטחוניים, הפערים הכלכליים והמורכבויות התרבותיות-חברתיות - כיצד הם משפיעים על המפגש הטיפולי", כפר המכביה, 30.4.2010

בראשית דברי אני מבקש לברך את הועד החדש של האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה ולהודות לחברי הוועד ובמיוחד לדניאלה כהן על הזמנתי להרצות בפניכם ביום העיון בנושא שמעסיק אותי מאוד.

אפתח בסיפור אישי:

לאחר מלחמת יום כיפור הייתי סטודנט צעיר לפסיכולוגיה בראשית הדרך, בתהליך הלימודים במגמה הקלינית. גויסתי לשרות קבע בענף פסיכולוגיה במחלקת מדעי ההתנהגות בצה"ל. שירתתי ברמת הגולן שבאותם ימים ספגה הפגזות יום-יומיות במלחמת התשה שנמשכה חדשים אחדים. במסגרת תפקידי נפגשתי עם הרבה מאוד חיילים ומפקדים ושוחחתי איתם על נושאים שונים. חלקם היו קשורים לתפקידי כמרכז נתונים הקשורים למוראל יחידתי וחלקם מאוד אישיים, על הגבול הטיפולי. יותר משאני תפסתי את עצמי ככזה, תפסו אותי החיילים והמפקדים כפסיכולוג שבא לדבר אתם על המצוקה הנפשית כתוצאה מהמצב. אני זוכר אירוע אחד שהטביע את חותמו עלי מאוד: ישבתי בצריח של טנק ולידי המפקד. בחוץ הפגזת תופת, והמפקד אמר לי: טוב שיש לי פסיכולוג כאן. אך אחד לא יודע עד כמה אני מפחד בהפגזה הזו. איזה מזל שאני יכול לדבר איתך על זה. ואני הקשבתי וחשבתי לעצמי: גם אני מפחד מאוד, אולי עוד יותר ממנו כי הוא מט"ק ומה אני? סתם פסיכולוג צעיר. הבאתי את הספור הזה להדרכה, והמדריך שלי אז- פסיכולוג מאוד בכיר ופסיכואנליטיקאי בהכשרתו אמר שאני מזדהה מאוד עם המפקד ובהזדהות זו פוגע

¹ בית חולים הרצוג ירושלים / מרכז פרויד לחקר פסיכואנליטי, האוניברסיטה העברית ירושלים / המרכז לאתיקה משכנות שאננים בירושלים. / החברה הפסיכואנליטית בישראל



תמורות והשפעות מפרספקטיבות כלכליות, מחקריות ואתיות על פסיכותרפיה עכשווית / פרופ' גבי שפיר ©

ביכולתי לעזור לו. אמרתי לו אבל מה לעשות? אני מת מפחד יורים שם!! בין היתר עלי!!.
הוא אמר- תראה זה לא משנה. אני לא מדבר על מה שקורה באמת, אלא על מה שקורה לך
כשאתה מקשיב לו, מכיל אותו. הרגשתי מבולבל מאוד. לקחתי ברצינות את דבריו אבל גם
הבנתי ממנו לאחר ששאלתי אותו כמה שאלות בעניין זה, שהוא לא היה מעודו בשדה
הקרב, ושהוא לא מבין את הסיטואציה, על אך שהוא מיטיב להבין את הסיטואציה
הטיפולית.

רק לאחר הביקור בשטח, והמפגש הבלתי אמצעי הישיר עם שדה הקרב והמציאות
הפסיכולוגית שאפיינה אותו, הוא הבין את מה שהוא לא יכול יה להבין קודם בשום צורה
אחרת מזו שהציע לי בהדרכה. כפי שסיכמ: כשהפצצות מהחוץ חודרות פנימה לתחום
בועת הטיפול – יש לכל הסיטואציה משמעות אחרת.

טיפול נפשי נתפס מאז ומעולם כבועה מוגנת ומבודדת מהעולם.

גם ההיסטוריה של הטיפול בהפרעות נפשיות כרוכה בהרבה מאוד הפרדה בין הטיפולים
הללו והמציאות. חישבו על מיקומם של בתי החולים לבריאות הנפש, על השיטות הקודמות
של טיפול במחלות נפש, כל אלה תמכו בהדרה ובבידוד של המחלות מהעולם החברתי. ה
ASSYLUM המאופיין בחומות לא חדירות מהפנים החוצה אבל גם מהחוצה פנימה.
הבידוד גורם להתעוררות טבעית של הרבה סקרנות כלפי הטיפול. ובכל זאת הוא שומר על
עצמו במשך עשרות שנים כעל מחוז לא נודע למי שלא נכנס לתוכו.

בפסיכותרפיה הרבה גורמים לכך:

הטיפול כזירה שבה מתנהלת מערכת יחסים אינטימית בין מטפל למטופל, מערכת
שמחייבת הגנה, בידוד.

חישבו על חדרי הטיפולים שלנו: בדרך כלל מאופיינים ברכות, בתחושת חום ובהרבה
סממנים של הפרדה מהעולם: דלת מבודדת, מכשירים מאבכי רעשים, שטיחים כבדים,
לעיתים וילון מפריד בין הדלת והחדר. ממצאים שתומכים ומרחיבים את התיאור הזה של
החדר כמרחב שמוגנותו בבידודו, הוצגו בפרוטרוט בשתי עבודות מ.א. של סטודנטיות



שהנחיתי באוניברסיטה העברית: שירלי גופר שתיארה את החדר ומשמעותו ממבט המטפל ורות סמיש שתיארה את החדר מהפרספקטיבה של המטופל.

ככל שהטיפול הדינאמי לבש עם השנים אופי של מערכת יחסים דמיונית פנטזיונית בין המטפל למטופל, החשיבות של הניתוק הזה שבין המציאות והדמיון גברה. משמעות ה- SETTING המערך הטיפולי היא במידה רבה מאוד הסדרת היחסים שבין מה מציאותי ומה דמיוני בטיפול ובהתנהלותו.

אנו נשמע בהמשך היום הרצאות על פריצות של המציאות לתוך חדרי הטיפול בהקשרים שונים, בדרך כלל זמניים ומקומיים. רבים זוכרים בואי את המחשבות ואת הכתיבה הדי נרחבת על החדר האטום במלחמת המפרץ והמפגש הטיפולי בצידו, בתוכו לידו. גם ההתערבויות במצבי חירום וטראומה המשותפים למטופלים ולמטפלים מזכירות במשהו את האירוע שבו פתחתי את דברי.

אבל במכסת הזמן הקצרה שיש לי אני רוצה להצביע על 3 מגמות חשובות בעולם שמחייבות, תורמות ומאפשרות פתיחה חיונית של הבועה הטיפולית. באופן לא מקרי חניתי במהלך שנותיי המקצועיות על כל מגמה משלוש אלה, ואשמח לשתף אתכם בכמה מרשמי ולסיום אגיש לכם עוד פריצה נוספת לחדרי הטיפוליים, שעלתה בדעתי תוך כדי הכנת הרצאה.

הפריצה המחקרית

המגמה הראשונה שלדעתי התרחשה בניסיון לפרוץ את הבועה הסובייקטיבית האישית האינטימית נערכה בעקבות מאמרו החשוב ביותר של אייסנק מ-1953 לגבי התוצאות של פסיכותרפיה. כידוע פסיכותרפיה ניצבה וניצבת על הצירים שבין אמנות למדע, בין אומנות ליכולת מדעית. אייסנק אתגר את הקהילייה המקצועית בכך שטען כי לפסיכותרפיה אין תוצאות שטובות בהרבה מתוצאות אקראיות של הסתברויות סטטיסטיות. בכך פתח אייסנק פתח רציני ביותר ואתגר חשוב לקיומו של מחקר אמפירי בפסיכותרפיה.



המחקר בפסיכותרפיה שם לעצמו מטרה להבין באורח אובייקטיבי את מה שמתרחש באופן אובייקטיבי וסובייקטיבי בבוטת הטיפול. לשם כך היה על החוקר להיכנס לתוכה וזו לא משימה פשוטה.

ב-1967 נוסדה בשיקגו האגודה הבינלאומית למחקר בפסיכותרפיה, ואנשים נודעים בתחום הטיפול כהנס סטרפ לסטר לבורסקי, אד בורדין, רוברט ולרשטיין, דיזיד אורלינסקי, איירין אלקין ווסקו, לורה רייס וחוקרים מודרניים יותר כפיטר פונאגרי מרי טארגט, ז'אק ברבר ופול קריס קריסטוף, ואחרים נענו למחשבה ולאטגר כי למעשה הטיפול יש ערך מדעי.

הבעיות שאפיינו פריצה זו של המציאות האובייקטיביות תחת כותרת המדע, היו כי לא ניתן לצפות באופן אפקטיבי בטיפול מבלי להיכנס אליו, והכניסה אליו משנה את מהלכו. היו שדברו כי כל שינוי כזה אסור בתכלית האיסור, והתנגדו מאוד לכניסה כזו, בין היתר גם מהסיבות האתיות של פריצת הסודיות החיסיון.

יש לציין כי עד היום למרות 45 שנות מעשה ומחקר שחלקו די פורה ההתנגדות היא כל כך עזה עד כי גם כשישנן תוצאות חיוביות למחקר בפסיכותרפיה, רבים המתנגדים על התומכים.

כדאי לציין שבין החזקים שבמתנגדים הם המטפלים עצמם, ובמיוחד אלה שעוסקים בפסיכואנליזה ובפסיכותרפיה דינמית.

הטיעונים המרכזיים של התנגדויות אלה הינם שכל מחקר בפסיכותרפיה הוא מחקר מתערב שמשפיע על תוצאותיה ועל כן קשה להכליל את התוצאות, שלא לדבר על ההפרעה בתהליך הטיול.

התנגדות שניה היא בקשר לערכים הסובייקטיביים העזים של מטרות ובעקבות כך של תוצאות הפסיכותרפיה, מדדים שמקשים לדעת המתנגדים להעריך נכונה מהי תוצאה טיפול. ברור שהערת תוצאות טיפול תלויות במידה רקבה מאוד גם במי מעריך (המטפל המטופל) גורם בלתי תלוי, סביבת המטופל וכיוב', וסביר להניח שההערכות תהיינה בלתי דומות.

חרף ההתנגדויות לפלישה זו של החוקרים למערכת הטיפולית נראה כי רב הרווח על ההפסד. העובדה כי יש לנו היום עדויות מחקריות מבוססות על תוצאות ולגבי חלק



מהתהליכים בטיפול מהווה תמיכה עזה בטיפול נשפי דבר שלא מובן מאליו בעידן זה של הערכת כל פעילות במידת יעילותה וכדאיותה הכלכלית. בימים אלה כשהדיבורים על רפורמה בבריאות הנפש בארץ מגיעים לשיאם הדרמטי (עד כמה שדרמה אפשרית על ממדי זמן של חמש עשרה שנים....), העובדה שרק מעט מטפלים ערים ויודעים שיש לטיפולים דינמיים תוצאות מחקריות אמפיריות, מהווה גורם מחליש בדיון כנגד מטפלים מגישות אחרות שטעוניהם שהן מבוססות מידע אמפירי והן מהוות את הבסיס המדעי עליו יש לבנות שירותים טיפוליים עתידיים.

החדירה הכלכלית

הזכרתי ויש לציין ביתר שאת את המרכיב הכלכלי בטיפול. התשלום על טיפול הוא אחד הממשקים היחידים שבין המציאות והדמיון בטיפול נפשי, ממשק המתקיים מידי שעה (בדיוק כמו ממשק הזמנים של תחילת השעה וסיומה). שאלת התשלום עבור טיפולים הייתה תמיד במרכז העיסוק, פרויד התעסק בה לא מעט ורבים אחריו המשכיו. כשטיפולים נפשיים נעשו באחריות ממשלות או חברות ביטוח, החלה התעניינות במידת היעילות הכלכלית של הקצאות הענק על טיפולים נפשיים, בשנות השישים והשבעים בארה"ב החלו חברות הביטוח לשאול עצמן האם סכומי העתק שהן משקיעות בטיפולים נפשיים מצדיקות את עצמן. שאלות אלה יש לשאול על רקע ל מטרות משתנות לטיפולים הנפשיים מטיפולים שנועדו לרפא, לטיפולים שנועדו לסייע וללוות צמיחה, גידול והתפתחות אישית ומקצועית. התוצאה הייתה התפתחותן של לא מעט אסכולות שמאפשרות יצירת מסגרות טיפול מוגבלות בזמן וקצרות מועד שבאופן מחקרי נעשות יותר ויותר מקובלות ונפוצות. שיטות אלה יצרו לא רק מערכות מעט יותר יעילות לטיפול נפשי אלא התייחסו לראשונה לאחד מארבעת ההיבטים הביו-אתיים של בוצ'אמפס וציילדרס והוא העיקרון של הצדק: הטיפולים הממושכים יצרו מצבי עיוות שונים לפיהם מעט אנשים נמצאו הרבה זמן בטיפול נפשי בשירות הציבורי בעוד רבים אחרים ממתניים תקופה ארוכה. טיפולים קצרים קיצרו



את התורם ויצרו מצב של חלוקה צודקת ושיוונית יותר. גם בכך חזרה המציאות החברתית לחדר הטיפול.

החדירה האתית המקצועית

הטיפול הנפשי בראשיתו היה מבוסס על מודלים מקצועיים פטריארכליים ביותר. המטפל היה גורם סמכות בלתי מעורער, ולא היה עולה על הדעת של רכבים מאוד לחושב שאולי הוא פועל לא נכון. שרשרת של אירועים [חלקם בתחום העבריינות וחלקם בתחום האתיקה הקלוקלת גרמו לקברניטי המקצועות הטיפוליים לחשוף את הפעילות המקצועיות והסטנדרטים המקצועיים המאפיינים אותה ראשית לאנשי המקצוע בצורה אחידה ושנית לקהל הרחב. העובדה שהקהל הרחב החל להיחשף לקריטריונים למיהו מטפל, מהי עבודת טיפול ראויה וזאת באמצעות פרסום תקנות וכללי אתיקה מחד, וחקיקה מקצועית מגבילה מאידך, יצרו מצב שבו המטפל הפך להיות הרבה יותר אוטונומי הן בפיקוח על הטיפול אותו הוא מקבל והן על האפשרות שלו להתלונן.

האוטונומיה של הפרט שהיא אולי אחד המאפיינים האתיים של העידן המודרני בכל תחום חזרה והתבססה מחדש במרחבים הטיפוליים. היא אמנם אפינה אותם מאוד בשבועת היפוקרטס, אבל נשחקה קשות במהלך 2450- השנים שחלפו מאז היפוקרטס טבע את שבועתו ועד להופעת הקודים האתיים הראשונים במקצועות הטיפוליים. קודים אלה הרימו את מסך המסתוריות מעל הטיפול הנפשי והפכו אותו במידה ניכרת לעיסוק מקצועי כמו כל העיסוקים האחרים. על אף הבדלים רבים שישנם וייוותרו תמיד, כמו כל מקצוע יש נכון ואל נכון, יש מקובל ולא מקובל, יש ראוי ולא ראוי ויש אתי ולא אתי. אלה לצערנו נדרשו להיות מוטבעים על ידי חשיפת התחום לעיני הציבור הרחב.

מסכום שלשת ה"פריצות" למרחב הפסיכותרפויטי, עולה לדעתי בבירור הצורך העכשווי הדחוף בפסיכותרפיה שתהיה מבוססת מחקר וראיות, שתהיה יעילה גם מההיבטים הכלכליים, למשל קצרה, ממוקדת וכו', ושתתקיים תוך הקפדה על התנהגות אתית מקצועית ראויה.

היכן עוד לא נפרצה הבועה וחשוב שתפרץ?



ההיבטים התרבותיים. אנו נוטים לחשוב על פסיכותרפיה כעל משהו אוניברסאלי. דווקא בארץ המציאות החברתית המשתנה מחייבת אותנו כאנשי מקצוע לפתוח את הבועה הטיפולית ולחשוב על המרכיבים התרבותיים המאפיינים יצירתן של בועות טיפוליות בתרבויות שונות. בניסיוני הלא רב בתחום זה אני יכול לציין את הקושי של מטופלים ממוצא סובייטי שגדלו בברית המועצות להיכנס לטיפול אנליטי ולומר את כל מה שעולה על דעתם. עצם התביעה הטיפולית הסטנדרטית הזו היא משהו שמנוגד לכללי הגידול והחיברות שלהם ואינה מובנת מאליה.

בניסיונות אחרים שהיו לי בטיפול עם מטופלים ערביים ובהדרכה של לא מעט מתמחים ערביים מצאתי כי הממשק בין התרבות הערבית מחד והתרבות הפסיכו-תרפויטית המערבית מאידך היא בעייתית ביותר, ודורשת התאמות. לא מספיקה מוטיבציה של המטפל והמטופל על מנת לנהל תהליך מורכב כל כך שאמנם מתחרש בין שניים אך יש לו השפעות והלשכות מרחיקות לכת על הסביבה הקרובה והפחות קרובה של השניים.

דבר דומה אני מוצא באוכלוסייה החרדית בצפון ירושלים. החשיבה החרדית-דתית והחשיבה הטיפולית מתנגשות בלא מעט נקודות מגע אפשריות וצריך לחשוב כיצד להתאים תרבותית את האפשרות הטיפולית ניסיונות בתחום זה נעשו על ידי ויצום שות' בילו ושות' גרינברג ושות' אך רבה עוד מאוד הדרך.

אני מוטרד מהיעדר מספיק ידע על התרבות האתיופית, שממקורות שונים מקצועיים וציבוריים נראית לי קהילה הכוללת בקרבה הרבה מאוד פרטים במצוקה שאיננו מסוגלים לסייע למצוקתם הנפשית בהיעדר שפה משותפת הן לדיבור והן להבנה תרבותית.

הנה כי כן מצבים שבהם טרם נפרצה הבועה הטיפולית ואני מאוד מקווה כי ברבות הימים הפריצות הנדרשות הללו תתרחשנה.

ההתפרצות של בעלי המקצועות הטיפוליים

הבטחתי בראשי דברי להתייחס לפריצה נוספת, ואני מתכוון לפריצה לא של מרכיבים לתוך המרחב הטיפולי אלא של הרבה מאוד אנשים לעיסוק בפסיכותרפיה. דווקא בגלל ייחודיותו, יש קושי עצום להגדיר בצורה ברורה מהו טיפול נפשי ומיהו מטפל נפשי. לפני כעשרים שנה נכשלו ניסיונות ממושכים לחוקק את חוק הפסיכותרפיה. זה היה חוק



שמטרתו הייתה למנוע את המצב הרווח כיום לפיו כל אחד יכול לעסוק בפסיכותרפיה ללא כל הפרעה. הקושי לקבוע קריטריונים, הקושי להתמודד עם סעיפים דוגמת 9ב' בחוק הפסיכולוגים, יצר מצב הרבה יותר גרוע.

התחרות גדולה מאוד, וצריך לזכור כי היא מתקיימת בעידן שבו ביקוש הולך וגובר לשירותים פסיכו-תרפויטיים, גורם לכל בעל מוטיבציה כלשהי לטיפול להפוך למטפל. פסיכותרפיה אינה מתת שמיים זהו מקצוע כיתר המקצועות והוא דורש הכשרה ואימון ממושכים, בצד מספר תכונות אופי שחיוניות לאדם שרוצה להיות מטפל, בכל גישה תיאורטית שהיא. אני חושב שיש אחריות גם לאיגודים המקצועיים וגם למסגרות המכשירות וגם לבעלי המקצועות הקיימים לשמור על הרמה המקצועית, על היקף ועומק ההכשרה הנדרשת, לא לנסות ולעקוף את המגבלות באמצעות הכשרות פרטיזניות, ולא להתפתות לשתף פעולה עם יחידים וקבוצות שמכל מיני סיבות בטוחים כי העובדה שלא נכנסו למסלולים הרבים והמגוונים הקיימים האופן פורמאלי, הם ראויים למסלול ייחודי. תפיסה כזו, תחליש שבעתיים את המקצועות הטיפוליים ויכולה לגרום להיעלמותם המהירה לא פחות מהופעתם לפני כ- 120 שנה.

