

מגשרים קוגניטיביים של מצבי לחץ: יכולת עצמית (SELF EFFICACY) ושליטה נתפסת *

ליט, מרק ד.

המאמר סוקר את הספרות המתייחסת לתאוריות הקוגניטיביות של תחושת יכולת עצמית נתפסת ושליטה נתפסת כפי שהן מיוחסות לקונצפטואליזציה של ההתמודדות עם אירועים ומצבים של מצוקה, ועוסק בקשיים שצצו ממחקרים קליניים ונסיוניים שונים. בחלקו האחרון של המאמר נעשה ניסיון לשלב את התאוריות של יכולת עצמית ושליטה נתפסת במודלים קיימים של הערכה והתמודדות.

מתווכים קוגניטיביים של מצבי לחץ היו, לאורך זמן, נושא לספקולציה ומחקר. בשנים האחרונות מתמקד המחקר יותר ויותר באסטרטגיות קוגניטיביות לצורך שיפור במצבי לחץ, ובמיוחד לצורך יישום קליני. מחקרים רבים מראים כי אסטרטגיות קוגניטיביות יעילות בהפחתת כאב, ואפילו עולות על סוגים שונים של טיפולים, כגון הרגעה ובמקרים מסוימים גם שימוש בתרופות. אחת המטרות במחקרים על אסטרטגיות של התמודדות היא לזהות את האסטרטגיות היעילות ביותר לשיפור מצבי לחץ. המחקר הוביל להבנת אסטרטגיות קוגניטיביות של התמודדות, ולמספר סיווגים. שתי תאוריות קוגניטיביות הן מעניינות במיוחד, ושתיהן הוצבו כגורמים מתווכים במצבי לחץ. התאוריות הן תחושת יכולת עצמית נתפסת ושליטה נתפסת. מטרת המאמר הנוכחי היא לבחון כל אחת מהתאוריות כפי שהן מתייחסות לתיווך קוגניטיבי במצבי לחץ, ולנסות לשלב אותן במודלים קיימים של הערכה והתמודדות.

שליטה נתפסת - הגדרה וסיווג

לא קיימת בספרות הגדרה אחת של מושג שליטה המקובל על כולם, אך ניתן להגדיר שליטה כ"אמונתו של היחיד כי הוא מסוגל להגיב באופן שישיע על מצב של לחץ". הגדרה זו היא כללית למדי וכוללת את כל סוגי השליטה. בנוסף, היא מציינת ששליטה אינה חייבת לבוא לידי ביטוי, או

* Litt, Mark D. "Cognitive Mediators of Stressful Experience: Self-Efficacy and Perceived Control", *Cognitive Therapy and Research* (Vol. 12, no. 3), 1988, pp. 241-260.

אפילו להיות ממשית. מספיקה התחושה של 'קיומה, כדי שתיקח חלק פעיל בשינוי המשמעות של המצב. מספר חוקרים ניסו ליצור סיווגים של שליטה. אחד הסיווגים הנפוצים שייך ל-EVRILL (1973), אשר זיהה את השליטה ההתנהגותית כהמצאותה של תגובה שימושית במקרה הצורך, שיכולה להשפיע ישירות או למתן את המאפיינים הפיסיים של מצבי לחץ; שליטה קוגניטיבית, עיבוד מידע באופן שמאפשר להפוך מצב מאיים בפרטנציה למצב יותר רגוע; ושליטה החלטתית, האפשרות לבחור בין מספר כיווני פעולה.

MILLER (1981) התמקד על שליטה התנהגותית בלבד ותיאר ארבעה סוגים: שליטה באמצעות כלים, ניהול עצמי, שליטה ממשית שקשורה בצפיה מראש, ושליטה פוטנציאלית. MILLER (1981) בדיווחה על סוגי שליטה, מבקרת הן את הסיווגים של EVRILL והן את של MILLER, מציגה סיווגים משלה הכוללים ארבעה סוגי שליטה: שליטה התנהגותית, שליטה קוגניטיבית (או אמונתו של אדם בהימצאותה של אסטרטגיה קוגניטיבית בהישג יד שיכולה להשפיע על מצב לחץ), שליטה אינפורמטיבית, ושליטה רטרוספקטיבית (או אמונות לגבי הסיבות שגרמו למצבים בעבר).

למרות שלכל אחד מהסיווגים יש יכולת לתת פתרון בהקשרים מסוימים, ולמרות שהם עושים הבחנות שימושיות מבחינה מתודולוגית, הם אינם שימושיים בהקשר למאמר זה, אשר רואה בתחושות השליטה חלק מתהליך הערכה אשר מתייחס למצב המתח בשלמותו. בסיווג של THOMPSON, למשל, שליטה התנהגותית מתייחסת להימצאותה של תגובה מן המוכן שיכולה לשנות את המצב. אולם, במידה ושליטה כזו אכן נמצאת בהישג יד, היינו מצפים שלפרט תהיה הכרה המתאימה לשליטה זו, כלומר, שתהיה לו ציפיה כללית לשליטה. במובן זה, שליטה קוגניטיבית ושליטה התנהגותית הן דומות. כמו כן, כאשר ניתן מידע הקשור למצב הלחץ, יכול האדם להכין או לפתח אסטרטגיות קוגניטיביות או התנהגותיות על מנת להתמודד עם הלחץ.

באופן כללי, נראה גם שתחושות של שליטה קוגניטיבית והתנהגותית משפיעות באופן דומה על עוצמתם של מצבי לחץ. אנשים שהאמינו כי יש להם שליטה התנהגותית, למשל, יכלו להתמודד ביתר קלות עם זעזוע, כאב ורעש. בניגוד להשפעות הברורות של תפיסות שליטה התנהגותית על כלים התנהגותיים כגון סובלנות, הרי ההשפעות על גירוי ומתן דין וחשבון עצמי (SELF REPORT) הן הרבה פחות ברורות. מספר מחקרים מצאו ששליטה התנהגותית נתפסת כמפחיתה גירוי פיסיוולוגי בזמן זעזוע, בעוד שאחרים לא מצאו שום השפעה לתחושות של שליטה התנהגותית על גירוי בזמן של רעש טורדני, טראומה, או זעזוע. בנוסף, שליטה התנהגותית נתפסת אינה מפחיתה בדרך כלל תחושת כאב או מצוקה בתגובה לזעזוע או ללחץ מכון.

הימצאותה בעת הצורך של אסטרטגיה קוגניטיבית לצורך שליטה הניבה תוצאות שהיו מעט טובות יותר, בהורדת רמת ההתייחסות לכאב במספר מחקרים אך לא באחרים, ובהורדת רמת הגירוי הצפויה במצבי לחץ. אולם, בדרך כלל, ההשפעות של מתן סוג זה או אחר של תחושת שליטה דומות זו לזו (ומעורבות, כפי שנראה בהמשך). אותם מחקרים שגילו תוצאות טובות יותר של מתן דין

וחשבון עצמי באסטרטגיות קוגניטיביות, מאשר באסטרטגיות התנהגותיות, אפשר שהתעלמו ממאפיינים של צרכים שעלולים לעודד מטופלים לדווח על תוצאות שכאלה. מסיבות אלו הדיון בשליטה נתפסת בחמשך מתייחס לשליטה בהגדרתה הכללית, כלומר - האמונה בזמינותה של כל תגובה שיכולה להפחית את מידת הלחץ של מצב כלשהו.

מתן שליטה: ברכה מעורבת?

אפשר להגדיר לחץ כדרישות שמופעלות על הפרט, ואשר עולות על יכולתו להתמודד איתן ביעילות. באופן כללי ניתן להניח שתחושת השליטה מפחיתה מצב של לחץ, ולחיפך, ההכרה בחוסר היכולת לשלוט במצב מעודדת מצב של לחץ. SELLS (1970), למשל, טוען שמצב לחץ קורה כאשר אדם צריך להגיב במצבים בהם אין לו תגובה הולמת, וכאשר התוצאות של חוסר תגובה חשובות לאותו אדם. הגדרות דומות למצבי לחץ במונחים של אובדן שליטה ניתנו גם על ידי WATSON & MENDLER (1966) ו-LBFCOURT (1973). וכפי שראינו תחושת השליטה, קוגניטיבית או באמצעות כלים, בדרך כלל נושאת תוצאות חיוביות בשיפור מצב לחץ.

אולם, מספר מחקרים הבהירו את הנקודה, שהיחס בין שליטה לבין מצב לחץ, מסובך יותר ממה שנחוג היה לחשוב. האמונה שמצב הוא בלתי ניתן לשליטה לא תמיד מובילה להחמרת הלחץ, והאמונה שהמצב ניתן לשליטה, לא תמיד מובילה לשיפור בלחץ, ועלולה אפילו להגביר את הערכת האיום.

במחקרו של ANDREW (1970) על השפעת מתן מידע כהכנה לניתוח, הוא מצא כי מידע סייע בהחלמתם של אותם חולים שסווגו כבעלי הגנה לא ספציפית, אך היה בלתי יעיל אצל חולים שמערכת הגנתם התבססה על הכחשה. לחולים שהתכחשו, מידע מוגבר גרם ללחץ מוגבר והארק את משך החלמה. המחקר רומז על כך ששליטה (או אפשרות לשליטה בצורה של מידע), יכולה להיות בלתי רצויה ואפילו מזיקה כאשר אותה שליטה סותרת דרך התמודדות מועדפת.

מספר מחקרים נוספים תומכים בנקודה הנ"ל. במחקרם DE WITT & O'BRIEN & AVERILL (1977) על מניעת זעזוע, יכלו המטופלים לבחור בין להקשיב או שלא להקשיב לאותות אזהרה שהתריעו על זעזוע מתקרב. אותות האזהרה נתנו למטופלים שליטה פוטנציאלית מבחינה זו שאיפשרו להם לנסות למנוע את הזעזוע בעזרת מתג, תחליך שיעילותו נעה בין 0 ל-100%. אותם המטופלים אשר העדיפו להיות בשליטה (למשל: העדיפו לחכות לאותות האזהרה), הפגינו פחות לחץ ככל שיעילות התגובה גברה. לעומת זאת, אותם מטופלים אשר העדיפו לא לחכות לאות האזהרה (העדיפו לא להיות בשליטה), הפגינו לחץ גובר ככל שיעילות התגובה גברה. למרות שהאפשרות לשליטה היתה קיימת, אותם מטופלים בחרו לאל השתמש בה.

בסידרת מחקרים שנעשו על ידי SHIPLEY (1978) וצוותו נבדק נושא הדיכוי/ריגוש בהקשר של הכנה לבדיקה רפואית הידועה כחוויה בלתי נעימה. המטופלים קיבלו מידע שאיפשר להם שליטה עצמית. מטופלים הנוטים לריגוש הפיקו תועלת ממידע זה, אך מטופלים הנוטים לדיכוי הפגינו מידה רבה של דאגה כאשר סופק המידע. החוקרים סיכמו, שמשליטה הפיקו תועלת בעיקר אותם אלה שסגנונם האישי איפשר להם להשתמש בה. כך למשל במחקר שערכו MILLS & KRANTZ (1979) קיבלו תורמי דם מידע שאיפשר להם לחכין את עצמם ללקיחת דם, או לבחור בזרוע שממנה יילקח הדם. אותם תורמים שקיבלו גם מידע וגם אפשרות לבחור בזרוע התנסו ביותר מצוקה מאלו אשר קיבלו רק צורה אחת של שליטה. המחקרים מעלים את האפשרות שהמטופלים קיבלו יותר שליטה ממה שהעדיפו לקבל.

היפנוטית, ושימוש באסטרטגיות קוגניטיביות שולטות להורדת כאב במבחני לחץ. אותם מטופלים בעלי רגישות גבוהה יצאו נשכרים יותר מאלו עם רגישות נמוכה, לאסטרטגיות קוגניטיביות ששילבו אפשרות של חוסר רגישות לכאב.

ROSENBAUM (1980) חקר את האינטראקציה של תכנון מכין, והמידה שבה אנשים יישמו אסטרטגיות של שליטה עצמית לפתרון בעיות. מטופלים חולקו לקבוצות ברמה גבוהה ונמוכה של שליטה עצמית. קבוצה אחת קיבלה מגבלות זמן והוראות לתכנון אסטרטגיות של התמודדות עם מבחן לחץ, הקבוצה השנייה קיבלה מידע שמתייחס ליעילותן של אסטרטגיות התמודדות מבלי לקבל זמן הכנה, וקבוצת הבקרה לא קיבלה כל מידע. המטופלים בעלי שליטה עצמית גבוהה הקדישו זמן רב יותר לאסטרטגיות לשליטה על כאב מאשר המטופלים בעלי שליטה עצמית נמוכה, וזאת ללא קשר לתנאי הניסוי אשר ניתנו להם. המטופלים בדרגת שליטה נמוכה הקדישו זמן קצר להכנת אסטרטגיות גם כאשר קיבלו הכנה. לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות לגבי רמת המצוקה במבחני הלחץ.

המחקרים מבהירים שתי נקודות חשובות:

1. מתן שליטה או אפשרות לשליטה איננו נושא תוצאות חיוביות בהכרח;
2. משתני האישיים יכולים להשפיע על הצורך במתן שליטה במצב לחץ, וזאת בהתאם לדרך בה משתנים אלה עוזרים לקבוע כיצד היחיד מעריך איום, ואת יכולתו להתמודד אם איום זה.

החוקרים מציעים היפותיזה אחידה המסבירה את התוצאות, וחוזים תפקוד אופטימלי כאשר המשתנים התכונתיים תואמים את הדרישה הספציפית של המצב.

SELF EFFICACY כגורם מתווך במצבי לחץ

הגדרות ותחומי יישום

BANDURA (1977) טען שכל שינוי בהתנהגות קורה בעקבות שינויים ביכולת עצמית, או בעקבות האמונה של היחיד כי יש לו את היכולת להתנהג בדרך כזו שתביא לתוצאות רצויות. בתאוריה של BANDURA ציפיות של יכולת עצמית משתלבות עם צפיית תוצאות, אך פועלות בנפרד מהן. צפיית תוצאות מתייחסת לאמונתו של אדם שהתנהגות נתונה תוביל לתוצאה נתונה. לדוגמה, אדם עלול להיות די בטוח ביכולתו לנהוג בדרך נתונה (יכולת עצמית גבוהה), אך לא יהיה בטוח כלל שהתנהגות זו תביא לתוצאות רצויות (ציפיה לתוצאה נמוכה).

למרות שציפיה לתוצאות וציפיה ליכולת עצמית קשורות האחת בשניה, טוען BANDURA שכאשר גורמים אחרים הם שווים, הציפיות ליכולת עצמית תהיינה הגורם העיקרי לשינוי התנהגות.

BANDURA (1977) טוען שציפיות ליכולת עצמית יכולות להשתנות במספר מימדים. דרגת היכולת מתייחסת להערכתו של היחיד לגבי תפקודו הטוב ביותר בהתנהגות נתונה. עוצמת היכולת מתייחסת לבטחונו של היחיד ביכולתו לתפקד ברמה נתונה. אדם עשוי להיות בטוח מאוד ביכולתו לתפקד בדרגה נמוכה, אך בטוח פחות ביכולתו לתפקד בדרגה גבוהה יותר. ולבסוף, ציפיות ליכולת נבדלות גם באופן כוללני. חלק מההתנסויות יוצרות ציפיות שלטיטה מוגבלת, בעוד שאחרות מקנות תחושה של יכולת שממשיכה מעבר למצב הספציפי. לפי תאוריה זו, אסטרטגיות קוגניטיביות שנועדו להפחית מצב לחץ של אירוע, אמורות להיות יעילות עד דרגה בה הן מעודדות ציפיות של יכולת.

מספר רב של מחקרים מצביע על כך שיכולת עצמית ספציפית יכולה לחזות התנהגות מתוך מגוון רחב של סוגי התנהגות. תחומי ההתנהגות שעמדו במבחן כללו פחדים ספציפיים, כישורים חברתיים, בחירה תעסוקתית, הפסקת עישון, החלמה מהתקף לב, עמידות פיזית וביצוע ספורטיבי.

SELF EFFICACY כגורם מתווך כאב ומצוקה

לפי קביעתו של BANDURA תחושת יכולת עצמית יכולה לשמש כמתווכת במצבי לחץ במספר אופנים. אנשים בעלי יכולת גבוהה שמתייחסים אל יכולתם להתמודד עם כאב למשל, עשויים להתמיד זמן רב יותר, ולהקדיש מאמץ רב יותר לאסטרטגיות של שליטה קוגניטיבית. דרגות גבוהות של יכולת אמורות גם להקל במצבי מתח ולהקהות חוויה של מצוקה ותחושות של כאב. ולבסוף, ציפיות ליכולת עצמית עשויות להשפיע על תגובות פיזיולוגיות שונות.

מספר מחקרים שנערכו בתנאים קליניים, תומכים גם הם באפשרות שתחושות של יכולת עצמית עשויות לשמש כגורם מתווך במצבי לחץ או כאב. MANNING & WRIGHT (1983) למשל, בדקו את ההשפעות של תחושת יכולת עצמית וציפיות לתוצאות עתידיות בלימוד של שיטות להתמודדות עם

צירי לידה, ועם הלידה עצמה. ההתמדה בשימוש בשיטות לשליטה בכאב היתה קשורה לציפיות שמתייחסות ליכולת עצמית, וליכולת נתפסת של אסטרטגיות. אותן נשים בעלות יכולת עצמית ברמה גבוהה, בהקשר ליכולתן להשתמש בשיטות לשליטה בכאב, סבלו את הכאב זמן רב יותר לפני שביקשו להעזר בתרופות מונעות.

במחקר שנערך על ידי KORES, MURPHY, ROSENTHAL & ELIAL (1985), חולים שקיבלו טיפול נגד כאבים בתוכנית שליטה בכאב, ציינו דרוג יכולת לגבי מספר פעילויות, וכמו כן, לגבי שיפור כללי. המטופלים חולקו לקבוצות של יכולת נמוכה וגבוהה על בסיס אותו דרוג. בסיום תקופת האישוף מצבם של מטופלים בעלי יכולת גבוהה היה טוב בהרבה מזה של מטופלים בעלי יכולת נמוכה. הם יכלו לשבת ולעמוד ביתר קלות, ובכלל דרגו עצמם במצב של שיפור מתקדם יותר.

ולבסוף, HOLROYD (1984) שערך מחקר על מטופלים שסבלו מכאבי ראש כתוצאה ממתח, ואשר עברו טיפול ביו פיזיק EMG, מדווח על אחד מכמה ניסויים קליניים שבו נעשה ניסיון להפעיל תחושות של יכולת עצמית. המטופלים בניסוי זה חולקו לקבוצות שקיבלו משוב (FEEDBACK) מראש בחקשר לאחוזים גבוהים או נמוכים שלהצלחה בשינוי מצב שריר המצח לפי ההנחיות. התוצאות הראו שהמטופלים שקיבלו משוב שהצביע על יכולת גבוהה ללא כל קשר לפעילות E.M.G או לרמת ההרפייה, חוו הקלה בכאב הראש. לא היו ציפיות להקלה בכאב הראש מפעילות E.M.G וכמו כן לא מרמת ההרפייה. המחקרים הללו תומכים באופן כללי בתאוריית היכולת העצמית, ובהשפעות המתווכות של ציפיות ליכולת במצבי לחץ. כזו זוהי תאוריה שיכולה לתרום באופן משמעותי לקונצפטואליזציות הקיימות לגבי הערכת איום והתמודדות עם מצבי לחץ.

SELF EFFICACY ושליטה נתפסת: שילוב תאוריות

החלק הראשון של המאמר הראה, שמגוון של גורמים תכונתיים יכול לתוך ולהשפיע על מתן סוג זה או אחר של שליטה במצבי לחץ. בין הגורמים שנימנו היו, סגנון של חיפוש מידע, רגישות היפנוטית, ומיקום שליטה. חלק זה, של המאמר, בודק כיצד גורמים תכונתיים שונים, כמו אלו שנידונו, יחד עם תחושות מצביות של שליטה ושל יכולת עצמית, יכולים להתאחד יחדיו ליצירת מודל רחב ודינמי של הערכת איום. הסבר להשפעות המתווכות של הגורמים האישיים הוא שהם יכולים לתרום לכל הכישורים והתפיסות שעוזרים ליחיד להעריך את המצב.

במודל דו שלבי של הערכת איום, מתייחס FOLKMAN (1984) לתכונות אישיות כמשפיעות על "הערכה הראשונית" של מצב כעשוי לגרום נזק, אבדן, איום ואתגר. ההערכה הראשונית נוצרת על ידי אמונות כלליות בנוגע למצב וליכולת לשלוט בו, ואמונות אישיות כלליות לגבי יכולתו של אדם להתמודד. "הערכה שניונית" מוגדרת כהערכת הכלים והאפשרויות להתמודדות, בהתאם לדרישות המצב.

לדוגמה, אנשים שנאמר להם בפעם הראשונה כי הם זקוקים לניתוח, יש להם ציפיות כלליות מסויימות לגבי ההתנסות בניתוח, וציפיות לגבי התמודדותם לפני הניתוח. אנשים אלה עשויים לצפות

שיכירו את המגמת, שיהיה זמן רב לנוח ולהתכונן לעיתות, ושם יורדמו לפני כן. הם עשויים לצפות גם שברוב המצבים הם יתמודדו היטב. ציפיות אלה נובעות בחלקן מנסיגות קודמים עם בתי חולים, מתיאורים של ידידים במצבים דומים, או מצפייה בתוכניות טלוויזיה. סידרה זו של ציפיות קובעת את ההערכה הראשונית. אולם, לעיתים קורה שהציפיות אינן מתממשות במדויק. יתכן וילקחו ישר לחזר ניתוח, וכי ההרדמה תתבצע על ידי רופא אחר וכד'. נסיבות ספציפיות אלו וההערכה הספציפית של כל אחד מהמטופלים לגבי יכולתו להתמודד עם המצב, קובעות את ההערכה השניונית לגבי מידת האיום הקיימת במצב.

משתנים מצביים כגון תחושת יכולת עצמית במצב ספציפי וציפיות לתוצאות, אמורים להשפיע במידה רבה על ההערכה השניונית של מצב. לכן, למרות שעובדות המצב עשויות להיות כאלה בהן שליטה היא אפשרית, והאדם מביא אל אותו מצב תכונות ואמונות שונות שגורמות לו להיות מוכן יותר להפעיל שליטה באופן כללי, שיפוט של יכולת עצמית שמבוסס על מצב עלול להיות כזה, שהשליטה הניתנת איננה שימושית ועשויה אף להביא לתוצאות שליליות. משליטה יכולים לצאת נשכרים רק אלה אשר בטוחים ביעילותה וביכולתם להשתמש בה. בדרך זו אם כן, תחושות של שליטה במצב והערכה של יכולת עצמית להשתמש בשליטה זו לטובה, משתלבות על מנת לקבוע איך אדם יעריך את המצב.

המידה שבה ציפיות ליכולת עצמית, המבוססות על מצב ספציפי ולא משתנים תכונתיים, קובעות עד כמה מתן שליטה הוא רצוי או רווחי, אמורה להיות תלוי האם כן, באופי המצב ועד כמה המטופל יודע עליו. ROTTER (1966, 1975) סבר כי ציפיות לשליטה כוללנית, בניגוד לציפיות מצב ספציפיות, הן בדרגת ההשפעה החזקה ביותר כאשר המצב הוא מעורפל או חדש. LAZARUS (1966) טען, גם כן, כי ככל שהאותות לגרויים הקשורים לאופי הבעיה עימה מתמודדים מעורפלים יותר, כן גדלה חשיבותן של אמונות בסיסיות כלליות בקביעת תהליך ההערכה. ולהיפך, אם המצב מוגדר בבחירות, יכולת עצמית ספציפית וציפיה לתוצאות אמורות לתפוס תפקיד נכבד כגורמים מתווכים במצבים של מצוקה.

אם ציפיות ליכולת עצמית ספציפית אכן ממלאות תפקיד חשוב כגורמים מתווכים במצבי מצוקה, כחלק מתהליך הערכה שניונית, קיימת אפשרות לערוך תחזיות די ספציפיות בקשר לשילוב של שליטה ויכולת עצמית על תפקוד ומצוקה במצבי לחץ. אם שליטה נראית כאפשרית, ולמטופלים יש ציפיות די גבוהות מהתוצאות, אותם יחידים בעלי ביטחון רב ביכולתם להשתמש בשליטה זו (יכולת עצמית גבוהה), יגיעו לתוצאות התנהגותיות טובות יותר (דוגמה: סף כאב גבוה יותר, כושר סיבולת) מאשר אלה עם מעט ביטחון. בנוסף, אם BANDURA (1977) צודק, בעלי יכולת עצמית גבוהה יחוו פחות גירוי פיזיולוגי, ולכן גם פחות מצוקה נפשית מבעלי יכולת עצמית נמוכה. תמיכה לאפשרות זאת מסופקת על ידי MILLER (1979) שהגיע למסקנה כי עוצמתו של אירוע מצוקה פוחתת כאשר יש ביטחון בשליטה - זאת אומרת, כאשר לאדם יש ביטחון ביכולתו להתמודד. BANDURA מעלה גם את האפשרות כי יחידים בעלי יכולת גבוהה יבחרו בשליטה, קרוב לודאי, אם אופציה זאת קיימת. יחידים בעלי יכולת עצמית נמוכה לא ימחרו לבחור

באפשרויות של שליטה, והם עלולים לחוש בלחץ גובר, אולי מצוקה, אם ניכפה עליהם לקחת שליטה שאינם מרגישים עצמם מוכנים להשתמש בה.

במידה מסויימת התחזיות שהוזכרו מעלה הוכיחו עצמם כנכונות. LITT (1988) ערך ניסוי שבו הופעלו תחושות של שליטה ויכולת עצמית. מטופלות הובאו לידי הרושם כי ישנה בידן יכולת טובה מאוד, או לחליפין, יכולת ממוצעת בלבד להתמודד עם לחץ כפייתי, ושהאפשרות להימלט ממצב זה תלויה ביכולתן, לחליפין, נמצאת מחוץ לשליטתן. התוצאות הראו שכושר עמידות היה במיטבו כאשר דרגה גבוהה של יכולת עצמית להתמודדות, ושליטה נתפסת על אפשרות המלוט היו קיימים. בנוסף לכך, אלו בדרגה גבוהה של יכולת עצמית גילו נטייה חזקה יותר לבקש קודם הניסוי אפשרות לשליטה בלחץ הכפייתי.

במצבים אשר נתפסים כבלתי ניתנים לשליטה, יחידים בעלי בטחון רב בכישורי ההתמודדות שלהם עשויים להתמיד בנסיונות התמודדות. תוצאות התנהגותיות עשויות אם כך, להיות טובות יותר מאלו של מטופלים בעלי יכולת נמוכה. אולם, התמדה זו נוכח לחץ בלתי פוסק עלולה לחביא למצוקה פנימית גוברת, בצורה של תסכול או כאב גובר, פשוט עקב חשיפה מתמדת לגורם הלחץ.

נוכח לחץ בלתי ניתן לשליטה יש לצפות שלחץ פיזיולוגי וסובייקטיבי יהיה גבוה למדי, כפי שנחזה על ידי BANDURA וכפי שחברר במחקר שנעשה על ידי SELYE & ABRAMSON ET AL על חוסר אונים נרכש. מצד שני מטופלים במצב זה עם מעט בטחון ביכולתם להתמודד, עשויים לאמץ לעצמם מה ש- ROTHBAUM, WEISZ & SNYDER כינו "שליטה מישנית" - זאת אומרת, התאמה למצב. במקרה כזה מצוקה פיזיולוגית וסובייקטיבית היא יחסית נמוכה.

ההיבט המתואר כאן פותח לרוב על ידי מחקרי מעבדה השוואתיים. העולם האמיתי איננו מתנהג באופן כה מסודר. מה שמסבך את התמונה עוד יותר היא העובדה שמצב של לחץ משקף שילוב של הסביבה והאדם. מכיוון שכך, זהו תהליך דינמי והערכות של יכולת ושליטה עשויות להשתנות במהלך המיפגש עם מצב של לחץ. אולם, התהליך המתואר יש לו ערך כמדריך למחקר העתידי, ולהשלכות קליניות באמצעות שינוי של יכולת וציפיות לתוצאות.

כיוונים עתידיים

מספר כיוונים עולים כאפשרות למחקר נוסף. ראשית, השילובים הספציפיים המתוארים למעלה פתוחים לבדיקה. בדיקה של תחזיות אלו, בעיקר עם אוכלוסיה קלינית בתנאים אמיתיים, יכולה לספק מידע ענייני להרכבה תחומים העוסקים בהערכה והתמודדות עם לחץ. LITT & GATTUSO (1987) עוסקים כיום בבדיקת הערכות כלליות וספציפיות של שליטה ויכולת עצמית, אצל מטופלים העוברים בדיקות פנימיות מסובכות, כדי לבחון כמה מהתחזיות המוזכרות למעלה.

כיוון חקירה נוסף מתייחס לספציפיות של הערכות מסויימות של יכולת עצמית. התוצאות שתוארו על ידי BANDURA, BARRIOS & LITT מעלות אפשרות שלמרות שציפיות ליכולת עצמית מנבאות

במידה רבה התנהגות עתידית במצב לחץ, הן בעלות יכולת ניבוי פחותה לגבי השפעות או תפיסות. תסריט אפשרי למשל, הוא, שאנשים שהיכולת העצמית שלהם לעמידה בפני גורם לחץ גברה, בטוחים יותר ביכולתם, אך הם מוכנים גם לחווית כאב גדולה יותר ולעמידה בפני יותר מצוקה. מכאן, שציפיות מוגברות מיכולת עצמית, יכולות להביא לשינוי היחס בין התנהגות לבין תוצאותיה. במונחים של יישום בלבד, סף האפשרויות הבלתי רצויות יכול להשתנות. ניתן לבחון אפשרות זו בניסויים בהם נעשות הערכות של יכולת עצמית בהקשר לתוצאות או לתפיסות צפויות.

ולבסוף, בעקבות הדין הנ"ל, עולה עוד תחום רלוונטי ומעניין. קיימת אפשרות שתהינה ציפיות בלתי ריאליסטיות ליכולת עצמית או תפיסות של שליטה, מה שיגרום לחוויה של מצוקה להראות כהפתעה בלתי נעימה.

למשל, דווחו שמועשנים לשעבר, שפיתחו רמה גבוהה של יכולת להתגבר על רצון חוזר לעישון, חזרו לעשן מוקדם יותר מאלה שלא היו מאומנים בהתמודדות עם צורך חוזר לעשן. באותה מידה תחושות לא ריאליות של שליטה מוחזות נורם אצל מהמרים כרוניים, אשר מאמינים ביכולתם לשלוט בתוצאות של משחקי מזל, כאשר שליטה כזאת לא קיימת. יהיה צורך במחקר נוסף על מנת לקבוע אם קיימת זרנח אופטימלית של יכולת עצמית או שליטה נתפסת למצבים של מצוקה.

צפוי שמחקר נוסף על מתווכים קוגניטיביים במצבי לחץ, והמקדם בהערכה והתייחסות יהיה בעל פוטנציאל רב לשימוש בהתערבויות קליניות. למחקר יהיו הקשרים ברורים למגוון של מצבי לחץ, שיטות שכבר קיימות (דוגמה: מודלים מצולמים), עשויות למשל, להצביד יכולת עצמית ככל צורה של מצבי לחץ שבשליטה, כמו אלה שקורים באתרים רפואיים. מידע ממורט על סגנונות התמודדות מועדפים ודעות על אפשרויות שליטה, יכול לסייע למטפלים לבחור שיטות ותערובות נאותות כאשר הם נתקלים בגורמי לחץ ידועים. בעתיד צריכה להיות קיימת האפשרות להתערב (או לדעת מתי לא להתערב) להקלת מצוקה במגוון רחב של מצבי לחץ.

ביבליוגרפיה

- Abramson, L. Y., Seligman, M.E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.
- Andrew, J. M. (1970). Recovery from surgery with and without preparatory instruction for three coping styles. *Journal of Personality and Social Psychology, 15*, 223-226.
- Averill, J. R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin, 80*, 286-303.
- Averill, J. R., O'Brien, L., & DeWitt, G. W., (1977). The influence of response effectiveness on the preference for warning and on psychophysiological stress reactions. *Journal of Personality, 45*, 395-418.
- Averill, J. R., & Rosenn, M. (1972). vigilant and nonvigilant coping strategies and psychophysiological stress reactions during the anticipation of an electric shock. *Journal of Personality and Social Psychology, 23*, 128-141.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Bandura, A. (1978). Reflections on self-efficacy. *Advances in Behavior Research and Therapy, 1*, 237-269.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37*, 122-147.
- Bandura, A., Adams, N. E., Hardy, A. B., & Howells, G. N. (1980). Tests of the generality of self-efficacy and pain control: Opioid and nonopioid mediators. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 563-571.
- Bandura, A., Reese, L. B., & Adams, N. E. (1982). Microanalysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. *Journal of Personality and Social Psychology, 43*, 5-21.
- Bandura, A., Taylor, C. B., Williams, S. L., Mefford, I. N., & Barchas, J. D. (1984). *Catecholamine secretion as a function of perceived self-efficacy*. Unpublished manuscript, Stanford University.
- Barber, T. X., & Hahn, K. W., Jr. (1962). Physiological and subjective responses to pain-producing stimulation under hypnotically-suggested and waking-imagined "analgesia." *Journal of Abnormal and Social Psychology, 65*, 411-418.
- Barrios, B. A. (1983). The role of cognitive mediators in heterosocial anxiety: A test of self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research, 7*, 543-554.
- Beecher, H. K. (1959). The powerful placebo. *Journal of the American Medical Association, 159*, 1602-1606.
- Betz, N. E., & Hackett, G. (1981). The relationships of career-related self-efficacy expectations to perceived career options in college women and men. *Journal of Counseling Psychology, 28*, 399-410.
- Biran, M., & Wilson, G. T. (1981). Treatment of phobic disorders using cognitive and exposure methods: A self-efficacy analysis. *Journal of Consulting and Clinical*

- Psychology*, 49, 886-899.
- Björkstrand, P. A. (1973). Electrodermal responses as affected by subject-versus experimenter-controlled noxious stimulation. *Journal of Experimental Psychology*, 97, 365-369.
- Bowers, K. (1968). Pain, anxiety and perceived control. *Journal of clinical and consulting Psychology*, 32, 596-602.
- Chaves, J. R., & Barber, T. X. (1974). Cognitive strategies, experimenter modeling, and expectation in the attenuation of pain. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 356-363.
- Chen, A. C. N. (1980, September). *Behavioral and brain evoked potential (BEP) evaluation of placebo effects: Contrast of cognitive mechanisms and endorphin mechanisms*. Paper presented at the second general meeting of the American Pain Society, New York.
- Conditte, M. M., & Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648-658.
- Cooney, N. L., & Boffa, J. (1970). Perceived control, self-observation, and response to aversive stimulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 176, 1-4.
- DeGood, D. (1975). Cognitive control factors in vascular stress responses. *Psychophysiology*, 12, 399-401.
- Feltz, D.L., Landers, D. M., & Raeder, U. (1979). Enhancing self-efficacy in a high-avoidance motor task: A comparison of modeling techniques. *Journal of Sport Psychology*, 1, 112-122.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Frank, J. D. (1974). *Persuasion and healing*. New York: Schocken Books.
- Gattuso, S., & Litt, M. D. (1987). [The effects of self-efficacy and coping style or coping with gastrointestinal endoscopy]. Manuscript in preparation.
- Geer, J. H., Davison, G.C., & Gatchel, R. I. (1970). Reduction of stress in humans through nonverbal perceived control of aversive stimulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16, 731-738.
- Generst, M., & Turk, D. C. (1979). A proposed model for behavioral group therapy with pain patients. In D. Upper & S. M. Ross (Eds.), *Behavioral group therapy: An annual review*. Champaign, Illinois: Research Press.
- Girodo, M., & Wood, D. (1979). Talking yourself out of pain: The importance of believing that you can. *Cognitive Therapy and Research* 3, 23-33.
- Glass, D. C., Reim, B., & Singer, J. (1971). Behavioral consequences of adaptation to controllable and uncontrollable noise. *Journal of Experimental Social Psychology*, 7, 244-257.
- Glass, D. C., Singer, J. E., & Friedman, L. N. (1969). Psychic costs of adaptation to an environmental stressor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 12, 200-210.
- Grimm, L., & Kanfer, F. H. (1976). Tolerance of aversive stimulation. *Behavior Therapy*, 7, 593-601.
- Hilgard, E. R. (1975). Hypnosis. *Annual Review of Psychology*, 26, 19-44.
- Holmes, D. S., & Houston, B.K. (1974). Effectiveness of situation redefinition and affective

- isolation in coping with stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 212-218.
- Holroyd, K. A., & Andrasik, R. (1978). Coping and the self-control of chronic tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1036-1045.
- Holroyd, K. A., Penzien, D. B., Hursey, K. G., Tobin, D. L., Rogers, L., Holem, J. E., Marcille, P. J., Hall, J. R., & Chila, A. G. (1984). Change mechanisms in EMG biofeedback training: Change underlying improvements in tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1039-1053.
- Houston, B. K. (1972). Control over stress, locus of control, and response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 21, 249-255.
- Kanfer, J. H., & Goldfoot, D. A. (1966). Self-control and the tolerance of noxious stimulation. *Psychological Reports*, 18, 79-85.
- Kanfer, J. H., & Seidner, M. L. (1973). Self-control: Factors enhancing tolerance of noxious stimulation. *Psychological Reports*, 18, 79-85.
- Kazdin, A. E. (1979). Imagery elaboration and self-efficacy in the covert modeling treatment of unassertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 725-733.
- Klepac, R. K., Dowling, J., & Hauge, G. (1982). Characteristics of clients seeking therapy for the reduction of dental avoidance reactions to pain. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 293-300.
- Kores, R., Murphy, W. D., Rosenthal, T., Elias, D., & Rosenthal, R. (1985, March). *A Self-efficacy scale to predict outcome in chronic pain treatment: Preliminary results*. Paper presented at the sixth annual meeting of the Society of Behavioral Medicine, New Orleans.
- Langer, E. J. (1983). *The psychology of control*. Beverly Hills: Sage.
- Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and coping in adaptation and illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5, 321-333.
- Lee, C. (1982). Self-efficacy as a predictor of performance in competitive gymnastics. *Journal of Sports Psychology*, 4, 405-409.
- Lee, C. (1984). Accuracy of efficacy and outcome expectations in predicting performance in a simulated assertiveness task. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 37-48.
- Lefcourt, H.M. (1973). The functions of the illusions of control and freedom. *American Psychologist*, 28, 417-425.
- Levendusky, P., & Pankratz, L. (1975). Self-control techniques as an alternative to pain medication. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 165-168.
- Litt, M. D. (1988). Self-efficacy and perceived control: Cognitive mediators of pain tolerance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 149-160.
- Mandler, G., & Watson, D. L. (1966). Anxiety and the interpretation of behavior. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.
- Manning, M.M., & Wright, T.L. (1983). Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 421-431.
- Melzack, R., & Casey, K. L. (1970). The affective dimension of pain. In M. B. Arnold (Ed.),

- Feelings and emotions*. New York: Academic Press.
- Miller, S. M. (1979). Controllability and human stress: Method, evidence and theory. *Behavior Research and Therapy*, 17, 287-304.
- Miller, S. M., & Mangan, C. E. (1983). Interaction effects of information and coping style in adapting to gynaecologic stress: Should the doctor tell all? *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 223-236.
- Mills, R. T., & Krantz, D. A. (1979). Information, choice, and reactions to stress: A field experiment in a blood bank with a laboratory analogue. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 608-620.
- Mischel, W. (1968). *Personality and assessment*. New York: Wiley.
- Neufeld, R. W. J., & Thomas, P. (1977). Effects of perceived efficacy of a prophylactic controlling mechanism on self-control under painful stimulation. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 9, 224-232.
- Nicki, R. M., Remington, R.M., & MacDonald, G. A. (1984). Self-efficacy, nicotine fading/self-monitoring and cigarette-smoking behaviour. *Behavior Research and Therapy*, 22, 477-485.
- Overmier, J. B., & Seligman, M. E. P. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance learning. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63, 28-33.
- Reese, L. B. (1983). *Coping with pain: The role of perceived self-efficacy*. Unpublished doctoral dissertation, Stanford University.
- Rosenbaum, M. (1980). Individual differences in self-control behaviours and tolerance of painful stimulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 581-590.
- Rothbaum, F., Weisz, J., & Snyder, S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1, Whole No. 609).
- Rotter, J. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external locus of control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- Schank, R., & Abelson, R. (1977). *Scripts, goals, plans and understanding*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Schorr, D., & Rodin, J. (1982). The role of perceived control in practitioner-patient relationships. In T. A. Wills (Ed.), *Basic processes in helping relationships* (pp. 155-186). New York: Academic Press.
- Scott, D. S., & Barber, T. X. (1977). Cognitive control of pain: Effects of multiple cognitive strategies. *Psychological Record*, 2, 373-383.
- Seligman, M. E. P., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.
- Sells, S. B. (1970). On the nature of stress. In J. E. McGrath (Ed.), *Social and psychological factors in stress*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

- Selye, H. (1978). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shiple, R. H., Butt, J. H. & Horwitz, E. A. (1979). Preparation to reexperience a stressful medical examination: Effect of repetitious videotape exposure and coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 485-492.
- Shiple, R. H., Butt, J. H., Horwitz, E. A. & Farby, J. E. (1978). Preparation or a stressful medical procedure: Effect of amount of stimulus preexposure and coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 485-492.
- Spanos, N. P., Radtke-Bodorik, H.L., Ferguson, J. D., & Jones, B. (1979). The effects of two cognitive strategies on pain threshold. *Journal of Abnormal Psychology, 84*, 677-681.
- Spanos, N. P., Radtke-Bodorik, H.L., Ferguson, J. D., & Jones, B. (1979). The effects of hypnotic susceptibility, suggestions for analgesia, and utilization of cognitive strategies on the reduction of pain. *Journal of Abnormal Psychology, 88*, 282-292.
- Speisman, J. C., Lazarus, R. S., Mordkoff, A. M., & Davidson, L. A. (1964). The experimental reduction of stress based in ego-defense theory. *Journal of Abnormal Psychology, 68*, 367-380.
- Staub, E., Tursky, B., & Schwartz, G. E. (1971). Self-control and predictability: Their effects on reactions to aversive stimulation. *Journal of Personality and Social Psychology, 18*, 157-162.
- Thompson, S. C. (1981). Will it hurt if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin, 90*, 89-101.
- Thorpe, G. L., Amatu, H. I., Blakely, R. S., & Burns, J. E. (1976). Contributions of overt instructional rehearsal and "specific insight" to the effectiveness of self-instructional training: A preliminary study. *Behavior Therapy, 7*, 504-518.
- Turk, D. C., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral approach*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Wall, P. D. (1975). On the relation of injury to pain. *Pain, 6*, 253-264.
- Watson, D., & Bauml, E. (1967). Effects of locus of control and expectation of future control on present performance. *Journal of Personality and Social Psychology, 6*, 212-215.
- Weinberg, R. S., Gould, D., & Jackson, A. (1979). Expectations and performance: An empirical test of Bandura's self-efficacy theory. *Journal of Sport Psychology, 1*, 320-331.

טיפול קוגניטיבי לדיכאון *

פיאסקי, ג'ואן/הולון, סטיבן ד.

למרות שקיים מגוון של התערבויות קוגניטיביות וקוגניטיביות-התנהגותיות, עיקר ההתנסות היא עם הטיפול הקוגניטיבי של BECK (1979). התנסות זו התרכזת בעיקר בטיפול בדיכאון שהוא ההפרעה הראשונה אך בהחלט לא היחידה שבה שולב הטיפול הקוגניטיבי. טיפול קוגניטיבי לדיכאון קיבל תמיכה רחבה בשורה של ניסויים קליניים מבוקרים, ועשוי לשמש כגורם מונע במקרים של הישנות סימפטומטית או במקרים חוזרים.

תיאוריה קוגניטיבית של דיכאון

EVANS ו-HOLON מעלים אפשרות כי אנשים מדוכאים ולא מדוכאים, נבדלים יותר במרכיב התוכן הראשוני של הלך מחשבתם (שלילי לעומת חיובי), מאשר בהפעלת דרך מחשבה של נטיות להקשרים בלתי נורמטיביים.

טיפול קוגניטיבי בדיכאון, מבוסס על מודל קוגניטיבי המעלה אפשרות כי הלך המחשבה האופייני לאנשים בדיכאון הוא שלילי, ובלתי פתקציותאלי. BECK (1967) תיאר את דרך הפעולה השלילית של המחשבה הכוללת:

1. הסתכלות עצמית שלילית; 2. הסתכלות שלילית על העולם; 3. הסתכלות שלילית על העתיד. אלו הם המייצגים של תוכן המחשבה בשעת דיכאון.

אחרים, כגון ABRAMSON, SELIGMAN ו-TEASDALE (1978), הדגישו את תפקידן של תכונות נסיבתיות בעלות אופי דיכאוני באתיולוגיה של הדיכאון. בנוסף, טען BECK כי עיבוד המידע אצל אנשים עם דיכאון עשוי להיות מאופיין כנטיה שיטתית בכיוון השלילי. לדוגמה: "פיזור נפש סלקטיבי" (SELECTIVE ABSTRACTION), או הנטיה לקחת חלק בהתרחשות שלילית אחת, מתוך מספר התרחשויות חיוביות, "מסקנה שרירותית" (ARBITRARY INFERENCE) - הגעה למסקנה שלילית במצב חסר אירוע שלילי, "הגדלה" (MAGNIFICATION) - תפיסת מצב שלילי קטן וחסר חשיבות כחשוב בהרבה מהמציאות, וחלק מחשבה של "הכל או כלום" (ALL-OR-NONE THINKING), שהוא

* Piasecki, Joan/Hollon, Steven D. "Cognitive Therapy for Depression: Unexplicated Schema and Scripts" pp. 121-151.

הנטיה לראות אירועים כדברים מוחלטים, ובמקרה זה מוחלטים שליליים. נקבע בוודאות כי אנשים אשר אינם סובלים מדיכאון, מעבדים גם כמידע בדרך לא נורמטיבית, על ידי שימוש בהקשרים באופן אשר יוצר נטיה שיטתית לכיוון החיובי. מודלים קוגניטיביים של דיכאון מראים, כי ההשפעות השליליות, וההתנהגות הפאסיבית והלא-תפקודית, האופייניים לדיכאון, הם התוצרים של מהות קוגניטיבית שלילית ונטיה שלילית שיטתית בעיבוד המידע. מודל זה מוצג כמודל לחץ של נטיה להתפתחויות שליליות, שבו גישות של פגיעות ותרשים של חוסר פעילות, באים לידי ביטוי על ידי אירועים של מצוקה. גורמים אחרים, כמו פגמים ביוכימיים או חוסר כישורים התנהגותיים, נחשבים גם כן כגורמים פוטנציאליים ליצירת המצבים הנ"ל בקרב חלק מהאנשים, אך ללא כל ספק, עיקר הדגש מונח על תפקודן של אמונות שליליות ועיבוד מידע בלתי פונקציונאלי באתיולוגיה ובטיפול בדיכאון.

תיאוריה קוגניטיבית של טיפול

תיאוריה קוגניטיבית של שינוי, מראה כי מיתון האמונות השליליות ועיבוד המידע הבלתי פונקציונאלי, ישפר את ההשלכות השליליות והפסיביות ההתנהגותיות האופייניים לדיכאון. שינויים קוגניטיביים אלה יכולים לבוא לידי ביטוי במספר צורות. על ידי שידול ושיכנוע, כמו בטיפול רציונאלי ריגושי (RET), (ELLIS, 1962), באמצעות גישות ממתנות של הצהרה עצמית המתבססות בהרחבה על חזרה, כמו באימון בהנחייה עצמית, או על ידי בדיקת תאוריה בדרך הנסיון. למרות שכל אחת משיטות אלה מיושמות בטיפול קוגניטיבי, יש הדגשה מיוחדת על האחרונה. למעשה, המטפל תמיד דרך לקראת הזדמנויות להשתמש בהתנהגות המטופל על מנת לבחון את האמונות של אותו מטופל. לכן, שינוי באמונות תלוי פחות ביכולת או כושר השיכנוע של המטפל, ויותר בתוצאות ההתנהגות של המטופל. ההנחה המקובלת היא, כי הצגה מעשית של אמונה כחסרת אחיזה במציאות, מוכחת כיעילה ומרחיקת לכת יותר מאשר שיחה עם המטפל.

הליכי הטיפול הקוגניטיבי: אסטרטגיות ורצף

רצף הטיפול הקוגניטיבי מתחלק לשלבים כלליים שכוללים:

1. הבהרת רציונל הטיפול;
2. תירגול בפיקוח עצמי;
3. אסטרטגיות של הפעלה התנהגותית;
4. אימון בזיהוי תפיסות;
5. הערכת אמונות;
6. עמידה על טיבן של הנחות היסוד;
7. הכנה לסיום הטיפול ושימור השינוי.

חשוב לציין כי רצף השלבים אינו נפרד או עומד בזכות עצמו, לא באופן זמני, ולא מבחינה מושגית. מקובל לכלול מספר שלבים בכל פגישה נתונה. למשל, כאשר אחת המטרות העיקריות של הפגישה הראשונה הינה הבחרת הרציונל של הגישה הקוגניטיבית לטיפול, המטפל ירצה גם לספק קצת תירגול בפיקוח עצמי, ולעיתים ישלב זאת בהפעלה התנהגותית (מוצגת כניסוי), ולעיתים קרובות יקשור את כל התבילה לזיכוי והערכה של אמונה אחת או יותר. באותו הקשר, המטפל ירצה להתחיל לדבר על הסיום כבר בפגישה הראשונה. בהנחה שטיפול קוגניטיבי מתבצע לעיתים קרובות, אך לא באופן קבוע, כטיפול קצר מועד, נושא הסיום יעלה סמוך להתחלה. אפשר להתייחס אליו מוקדם ובאופן פעיל, או להתעלם ממנו. הכותבים מעדיפים את האפשרות הראשונה. הנושא עצמו יכול להפוך ליתרון טיפולי בכך שייעשה בו שימוש להאצת הקצב בפגישות הטיפוליות.

נקודה נוספת בעלת חשיבות היא, כי טיפול קוגניטיבי הוא, אפקטיבי ביותר בראיה ארוכת-טווח, כאשר הוא מבוצע כגישה של אימון במיומנויות. המטרה הסופית היא, לנסות תמיד להעמיד עצמנו מחוץ לתמונה כמטפלים, בדרך של אימון המטופל לבצע את תפקידינו. דבר זה נותן לטיפול אופי חינוכי. במקום פעילות שבה אדם אחד (המטפל) על אדם אחר (המטופל), המטרה היא ללמד את המטופל להיות המטפל הקוגניטיבי של עצמו. הטעם שבכך לצורך הרצף הטיפולי הוא, שבמשך הפגישות, נושאים מסויימים מתגלים כיחידות לימוד עיקריות. המטפל יכול להשתמש בכל אחד מההליכים השונים, או בכלם, בכל זמן של הטיפול, אך הסדר שבו הנושאים מוגשים כנושאים עיקריים לדיון, נאמן בדרך כלל לסדר המצויין למעלה.

הבחרת רציונל הטיפול

השלב הראשון בטיפול קוגניטיבי הוא להציג מודל קוגניטיבי של דיכאון, ותאוריה קוגניטיבית של שינוי, ולצייד את המטופל בהבנה של מהלך הטיפול. אנו נוהגים לצייד את המטופל בהעתק של עלון קטן שנקרא "התמודדות עם דיכאון" בהודמנות הראשונה האפשרית, ועדיף לפני הפגישה הטיפולית הראשונה. העלון שמתאר דיכאון, מציג מודל קוגניטיבי, וסוקר את היסודות העיקריים של טיפול קוגניטיבי, ויכול לשמש כנקודת מוצא תועלתית לפגישה הראשונה. חשוב תמיד להיות מודע לרמת ההבנה של המטופל את מצוקתו, ולציפיותיו מהטיפול. על ידי מתן העלון והכוונת הדיון להקשרים שבו בפגישה הפותחת, אפשר לעיתים קרובות להביא את המטופל להבנה טובה יותר של בעיותיו, וציפיותיו מהטיפול.

אמנות וציפיות שליליות עלולות להוביל אדם לפעול בדרך של אי התאמה, דבר הגורם בדיוק לסוג התוצאות השליליות שיצוינו בהמשך, כהוכחה לחוסר יכולת עצמית או שממה סביבתית. לדוגמה, מטופל שהיה מובטל במשך שלוש שנים, הביע את אמונתו בכך שהוא חסר יכולת ובלתי ניתן להעסקה, והזכיר את התנסויותיו במשך השנים הקודמות כראייה. בבדיקה מקרוב הסתבר, כי בחודשים הראשונים חיפש תעסוקה בכיוון בלעדי של עיסוקו הקודם, שבו היו קיימים אך מעט מקומות עבודה, ובשנתיים וחצי האחרונות, לא חיפש באופן פעיל תעסוקה מתאימה. הוא הפך כח

בטוח בחוסר יכולתו להצליח, עד כי חדל להשתלב באורח ההתנהגות המתאים, ועתה החל מפרש את חוסר הצלחתו כראייה התומכת באמונותיו.

מטרת הטיפול הקוגניטיבי היא להביא את המטופל לחשוב באופן מדויק, מבלי להתחשב בתוצאות. המשמעות הנסתרת היא, שדיוק רב יותר יערער את הנטיות השליליות הקיימות. המטרה אינה לעזור למטופלים להרגיש זמנית טוב יותר, על ידי כך שיאמינו בדבר שעלול להיות מוטעה, אלא לעזור להם ללמוד כיצד לבחון באופן פעיל את המציאות, להסתמך יותר על נסיונות מבוקרת מאשר על הנחה פסיבית, וכיצד להתמודד עם הקשיים האמיתיים שנחשפים, בדרך יעילה יותר.

בדומה לכך, חשוב לציין כי חוץ ממעט יוצאים מהכלל, לא מה שהמטופל חושב (במובן הצר של מה שעובר במערכת התחושות), אלא מה שהוא מאמין, הוא הקובע מה הוא מרגיש או עושה, אם מודל קוגניטיבי אמור להיות בשימוש. לכן, שינון סתמי של צורה של שאלות ותשובות קוגניטיביות, ללא קיומה של סיבה אמיתית להאמין בהצהרות עצמיות "חיוביות" אלה, נראה כגישה שיטחית לשינוי אמונות.

ולבסוף, ניתן להניח שלאמונות קיימות, יש היסטוריה ורציונל משלהן, וכי שינוי דורש יותר מאמונה. ההשערה היא, כי המטופל ככל הנראה פעל לפי צורה מסויימת של התנסות וסיבה על מנת להגיע לאמונה, וללא ספק יידרש לעורר את אותם תהליכים, על מנת לגרום לשינוי האמונה.

תירגול בפיקוח עצמי

יש לערוך היכרות עם נושא התירגול בפיקוח עצמי שיטתי כבר בפגישת הטיפול הראשונה. הקורא המעוניין יכול להיוועץ בכל אחד מהעלונים הסטנדרטיים על נושא ההתנהגות הקוגניטיבית, לקבלת מידע מפורט יותר לגבי השיטות והפרוצדורות השונות לפיקוח עצמי.

רצוי להתחיל בכך שנביא את המטופל לפיקוח עצמי על התופעות הזמניות והרלבנטיות ביותר למצוקתו (דוגמה: השפעות, אירועים, התנהגויות). את הפיקוח העצמי הקוגניטיבי יש לדרות לשלב מאוחר יותר של הטיפול.

שיעורי בית ראשונים אופייניים שיקבל המטופל, יכולים להיות תיעוד מצבי רוח מדי שעה בשעה בין הפגישות, תוך כדי ציון כללי של עיסוקים עיקריים בהם השתלב, או מצבים שחווה בהפסקות אלה. מנסיוננו למדנו להתחיל בסוג זה של פיקוח בפגישה עצמה, על ידי הבאת המטופל לתעד בסקירה לאחור את החשפעות או האירועים שחווה שעות מספר לפני הטיפול. בפועל, אנו מתחילים בתיעוד תגובה או שתיים בעצמנו, ואז, בנימוס מעבירים את העט והנייר אל המטופל ומבקשים ממנו שימשיך בכוחות עצמו. כמו כן, אנו מבקשים מהמטופל לנסות לדמיין לעצמו אילו סוגי בעיות עשויות לעלות בעתיד כאשר ימשיך את התיעוד בין הפגישות.

הרציונל לפיקוח עצמי, אשר אותו יש להבהיר למטופל, הוא העובדה כי למדנו שלא לסמוך על הזכרון, כאשר מחפשים את הרמזים לגורמים השולטים במצבי הרוח והתנהגות של המטופל. כאשר קיימות השפעות קוגניטיביות הן משפיעות על הזכרון יותר מאשר התנסויות מיידיות. בנוסף לכך, פיקוח עצמי יכול לספק רמזים לתהליכי המפתח הקובעים את מצבי הרוח של המטופל, ואשר נשמטו מההכרה ו/או מהזכרון. לכן, פיקוח עצמי מוצג כאמצעי זהיר במיוחד לחקירה, וגם כמקור מידע לבדיקת התאמתו של המודל הקוגניטיבי למטופל ספציפי.

חשוב לזכור לבדוק את שיעורי הבית שניתנו בפגישה הבאה. מנסיונו, הסיבה המובילה לחוסר שיתוף פעולה מצד מטופל היא, חוסר תשומת לב של המטפל למשימות שכבר הוטלו עליו. גם ביצוע של מחצית מן הפעילויות שהוטלו על מטופלים בדיכאון מספק. רצוי לבקש מהמטופל לסכם את אשר למד מהתרגיל, כדי להבטיח כי המטופל חושב אודות החומר אותו לא כיסה. לאחר מכן יש לבקש ממנו "להזריח" אותנו בחומר המתועד ולתת פרטים בהתאם. פעולה זו מאפשרת למטפל לחפש קשרים או מגמות בחומר, אשר בדרך אחרת אולי לא היה שם ליבו אליהם. מגמות אלה יכולות להפוך לבסיס לבחינת ההשערות המתקבלות.

הפעלה התנהגותית

למרות שמו, טיפול קוגניטיבי הוא במהותו, שילוב של הליכים קוגניטיביים והתנהגותיים. שימוש נרחב נעשה באסטרטגיות שונות של הפעלה התנהגותית, בעיקר בפגישות המוקדמות, אך תמיד בהקשר לבדיקה מוגדרת של השערה. למשל, דבר העשוי להוכיח עצמו כיעיל הוא, לשדל מטופל שאינו מסוגל להביא עצמו לביצוע של משימה מסובכת, הבנויה על הרבה מרכיבים, לחלק את המשימה למספר חלקים קטנים וקלים יותר לשליטה, ולהתרכז בהשלמת מרכיב ראשוני בלבד לפני מעבר למרכיב הבא. פרוצדורה זו הנקראת (CHUNKING) "חלוקה" הינה אסטרטגיה מקובלת בהרבה התערבויות התנהגותיות. אולם, בטיפול קוגניטיבי היא איננה מוצגת כאסטרטגיה של מתן כלים להשגת מטרה בלבד, אלא באופן בסיסי יותר, כדרך לבדיקת האפשרות, באם משימות יכולות להתבצע ביתר הצלחה בעזרת תוכנית המותאמת טוב יותר.

קיימות אסטרטגיות רבות להפעלה התנהגותית שניתן לדון בהן. הקורא המתעניין מופנה שנית לעלוני הטיפול הקיימים. נקודת המפתח היא, כי מרכיבים התנהגותיים ממלאים תפקיד מכריע בביצוע טיפול קוגניטיבי, אך לא כאסטרטגיות נפרדות. למעשה, הם מרכיבים לעיתים קרובות את השיטה הראשונית לבדיקת האמונות בהן מחזיק המטופל, לצורך קידום של שינוי כללי במערכת הקוגניטיבית הרחבה יותר של המטופל. בדרך זו אפשר בדרך כלל להגדיל את הסבירות כי המטופל ייענה לבקשות.

הפעלה התנהגותית מגבירה את השפעת התוצאות במובן של משמעות כוללת לזמנים ולמצבים אחרים, וזאת, על ידי היכולת הטמונה בה להביא לשינוי אמונה.

זיהוי תפיסות

מטופלים, לעיתים קרובות, מתקשים ליצור קשר עם אמונותיהם במצב נתון. במקרים מסויימים, זו קרוב לוודאי רק השתקפות של חוסר תרגול בהתבוננות פנימית, ובמקרים אחרים, נראה כי המשמעויות המעשיות פשוט אינן מגיעות ל"זרם התודעה". בדרך כלל מתחילים בתרגול של הערכה עצמית קוגניטיבית בפגישה הראשונה, עם הצגת מודל ה-א', ב', ג', ומושג המחשבות האוטומטיות, אך איננו ממש מדגישים חומר זה (במובן של הפיכתו לנושא עיקרי לדיון) עד לאחר מספר פגישות במהלך הטיפול.

כוונת המחשבות האוטומטיות הינה מושג קריטי בטיפול קוגניטיבי. מחשבות אוטומטיות מוגדרות כתחושות רפלקסיביות שמתרחשות במצבים שונים. במקרים רבים המטופל מתנסה במחשבות אלה כאילו הן מתרחשות בערוץ נידח של זרם התודעה. למשל, המטופל יושב בפגישה הראשונה, ומנסה להתרכז בשיחת המטפל על טיבו של טיפול התנהגות קוגניטיבית, אך הוא חווה ספקות האם הוא באמת יכול לצאת נשכר מדרך זו. ההנחה היא שמחשבות אוטומטיות כאלה, נשלטות בדרך כלל על ידי תהליכים השולטים במחשבות אוטומטיות מקבילות לא רצוניות.

אנו מנסים לפשט זיהוי מחשבות אוטומטיות אלה במספר דרכים, כמו על ידי דיון על טיבן, על ידי מתן אנאלוגיות (דוגמה: מעטים מאיתנו זקוקים למתן הנחיות עצמיות בשעת נהיגה במכונית בעלת הילוכים דינאיים, למרות כי רובנו עשינו זאת כאשר למדנו לראשונה), ועל ידי עצירת הפגישה ברגע של שינוי פתאומי בהתנהגות או במצב הרוח של המטופל, על מנת לברר מה בדיוק עבר באותו רגע בזרם התודעה שלו. בדומה לכך, התהליך של הבאת המטופל לתעוד מחודש של הפיקוח העצמי, יכול לשמש כנקודת מוצא טובה לבירור מחשבות אוטומטיות, וכמו כן גם משחק תפקידים דמיוני, או ביצוע פעולות חיות.

חשוב לא לעמוד על כך כי מחשבות תקדמנה רגשות, מאחר ולעיתים קרובות חווה המטופל רצף זמני זה בדיוק בסדר ההפוך (ראה ZIONC, 1980), לצורך הטיעון כי סדר זמני זה, מבהיר את המודל הקוגניטיבי).

באופן דומה, חשוב גם לא לעמוד על כך שהמטופל יחווה תמיד מחשבה אוטומטית אחת או יותר בהקשר לכל שינוי רגשי פתאומי. במקרים רבים דבר זה לא קורה. חשוב במקרים כאלה, לברר את משמעות ההקשר למטופל, ואילו ציפיות הוא יכול להפעיל ביחס למצב, ללא כל קשר בין אם משמעויות או מצבים אלה זוחו כנמצאים או לא, במערכת התחושות הקוגניטיביות במשך השינוי הרגשי.

הערכת אמונות

תהליך הערכת האמונות נחלק לשלושה שלבים עיקריים:

1. בדיקת המשמעות;
2. הערכת קבילותם במבחן המציאות, על ידי שימוש בהוכחות הקיימות באותו הזמן;
3. בדיקת אמינותן באופן נסיוני.

(1) בדיקת המשמעות

קיימות שתי שאלות האמורות להיות אוטומטיות למטפל קוגניטיבי. הראשונה היא: "האם יכול הינך לתת לי דוגמה", והשנייה: "מה המשמעות של זה לגביך?". הראשונה יכולה להיות שימושית בכל שלב של הטיפול, בעיקר כאשר אנו מנסים לוודא כי אנו יודעים בדיוק איזו תופעה עולה בדעתו של המטופל. השנייה היא חיונית לתהליך בחינת המשמעות של מחשבה אוטומטית מסויימת.

טכניקה זאת, נקראת על ידי BURNS, (1980) "חץ בכיוון מטה" (DOWNWARD ARROW) ומטרתה להוציא מהמטופל את ההקשרים בעלי הצביון המיוחד, אשר בהם טמונה אמונה או מחשבה נתונה. למשל, אם מטופל מדווח על שינוי פתאומי בהרגשה הקשור במחשבה, "אני כשלוך בעבודתי", חשוב לדעת האם הכשלוך נתפס כמצביע על פגם מרכזי ב"אני" של המטופל (דוגמה: "נכשלתי מאחר ואני טיפש", או "עצלן", או "בלתי ראוי" וכדומה), או כמנבא של איום בתחום אחר של חייו (דוגמה: "מאחר ואני כשלוך, אישתי תסלוד ממני, וילדי יפסיקו להתייחס אלי בהערכה").

למרות שאין קווים מנחים ברורים, מצאנו כי ארבעה או חמישה משפטים מסייעים כמו, "ומה המשמעות של זה לגביך?", יאפשרו למטפל ולמטופל לקבל מושג על המשמעויות וההקשרים המלאים. כלל נוסף שגילינו כיעיל הוא לשבת בנוחות ולעצום עיניים, ולנסות לדמיין אלו רגשות היינו מרגישים אילו היינו מאמינים במה שהמטופל מאמין. אם אין אנו מסוגלים לדמיין את עצמנו חווים את הרגשות עליהן דיווח המטופל, הרי שקיים דבר מה במערכת המשמעויות המיוחדות של המטופל, שלא הבנו כראוי.

(2) הערכת אמונות באופן רציונאלי

ישנן שלוש שאלות שאותן אנו מנסים לזכור להעלות בפני מטופלינו. הראשונה היא, "מה ההוכחה לאמונה זו?" שנקראת, אופיינית, שאלת ההוכחה. בעזרת גורם מסייע זה, אנו מבקשים את המטופל להעריך בדרך שקולה את ההוכחות בעד ונגד תחושה מסויימת. השאלה השנייה, "האם ישנה דרך

אחרת להסתכל על זה" נקראת שאלת החסברים האלטרנטיביים. השאלה השלישית והאחרונה, קשורה בשאלה עצמית של המטופל, "אפילו אם האמונות נכונות, מהן ההשלכות האמיתיות (או התוצאות) לגביז" ונקראת שאלת ההשלכות. במצבים מסויימים, האמונה הראשונית הספציפית של המטופל נמצאת כנכונה חלקית, או נכונה לחלוטין, אך ההשלכות עדיין מוטעות.

שלושת השאלות הנ"ל קשורות כמובן זו בזו. לעיתים קרובות, כאשר מעלים את שאלת ה"השלכות", היא מובילה ישירות בחזרה אל שאלת "ההוכחה", ובאופן דומה, שאלת "החסברים האלטרנטיביים", מובילה הגיונית, לסקירה מחודשת של ההוכחות המצויות, על מנת לבחור בין שניים או יותר מודלים מתחרים.

ולבסוף, אנו מנסים להביע במילים באוזני המטופל, את התהליכים שאנו עוברים כמטפלים על ידי הבהרת הגורמים שנשקלו בהחלטותינו, והעקרונות לפיהם פעלנו. בתחילה, ניתן לעבוד עם המטופל על מנת להעריך אמונה מבלי להעיר על התהליך, ואז בשלב מאוחר יותר, עוברים עם המטופל על התהליכים, בהם השתמשנו. לאחר מכן אנו מנסים להבהיר את התהליכים לפיכם אנו עובדים תוך כדי התקדמות, ובאותה עת אנו מעודדים את המטופל לזחות צעדים אלה בדיוק, בהתנהגות הנסתרת שלו. בדרך זו אנו מדגימים את תהליך השינוי, וגם מבטיחים שתהיה חזרה בכדי שצעדים אלו יחדרו לזכרון.

(3) בדיקת אמינות ההשערה באופן אמפירי

אם קיים דבר המפריד טיפול קוגניטיבי מחתערבויות קוגניטיביות אחרות (ויתכן שאין, מאחר ואי יכולתנו לזהות מרכיב זה בגישות האחרות, יכולה להיות תוצאה של חוסר הכרותנו עם גישות אלה), הריהו תפקיד המפתח המיוחד לתהליך בדיקת ההשערה. לדעתנו הדרך היעילה ביותר להביא אנשים לשינוי אמונותיהם היא, לעזור להם להראות לעצמם כי אמונות אלו מוטעות על ידי בדיקת התנהגותם. הזכרנו תהליך זה בדיונו על אסטרטגיות של הפעלה התנהגותית. בהגיע הטיפול לשלב האמצע שלו, הופך תהליך זה יחד עם הליכי ההערכה הרציונלית של אמונות, למוקד המרכזי של הפגישות הטיפוליות.

המטופל מונחה לאסוף מידע באופן מחקרי-נסיוני המתייחס לאמינות של אחת או יותר מאמונותיהם. כאשר התוצאות המתקבלות מנוגדות לתחזיות המטופל, הן יכולות לתרום לשינוי האמונות וההתנהגות.

מספר נקודות ראויות לציון בקשר לסוג זה של בדיקת הנחות באופן אמפירי ראשית, חשוב לשלב את המטופל בתהליך עיצוב הניסויים שיערכו. המטפל צריך לנסות לקרב את המטופל אל התהליך, לעצב ולעזן (ולפעמים לייעץ) את ההצעה, אך תמיד לעבוד בחקשר של נסיונות שיתופית. שנית, המטפל צריך לזכור כי המטרה היא איסוף הוכחות אשר יהוו משיכה למטופל. אין טעם לאסוף ראיות אשר יראו בעיני המטופל כפסולות מראש

ולבסוף, רצוי שהמטפל יזכור, כי ניסוי מסוג זה עלול לפעמים להעמיד את המטופל במצב מביך, או אפילו לפגוע בו, לפחות עד כמה שנוגע לציפיותיו של המטופל. בדרך כלל אפשרי לחוות סיכונים אמיתיים או מדומים מראש, ולתכנן את הניסוי בדרך אשר תפחית אפשרות זו.

הנחות שביסוד

רוב מטופלי הדיכאון יחישו רווחה ניכרת לאחר שעברו כשני שליש מהטיפול. משך הטיפול הוא שניים עשר שבועות, וחוא כולל עשרים פגישות של טיפול קוגניטיבי. בשלב זה של הטיפול מחפשים את הנושאים הרחבים אשר עשויים לנבוע מהמצבים הספציפיים הרבים, איתם התמודדנו בשלב מוקדם יותר של הטיפול. בטיפול קוגניטיבי, נושאים כאלה נחשבים כמשקפים את פעולתן של סוג של אמונות אבסטרקטיות כלליות אשר נקראות הנחות שביסוד "UNDERLYING ASSUMPTIONS".

שלא כמו מחשבות אוטומטיות, הנחות שביסוד אינן עולות באופן ספונטני בזרם התודעה. למעשה, הן מייצגות כללים אבסטרקטיים, היכולים להתפרש על בסיס של עקביות בתחושות, השפעות, והתנהגויות של המטופל. הן עולות לעיתים במהלך חיפוש מערכות המשמעות של מחשבות אוטומטיות מסויימות, ולעיתים קרובות ניתן לרשום אותן כבר בתחילת הטיפול לצורך דיון מאוחר יותר.

גילוי הנושא הרחב שבבסיס האמונה, מסייע לארגן את מגוון הגישות הטיפוליות עליהן עבדו בתחילת הטיפול ולאזן את חוויות המטופל, בעזרת מתן הסברים אפשריים לדרך בה פיתח את האמונות בהן החזיק. הבאת הנושא הרחב לידי ביטוי, הובילה לבדיקה נוספת של השערות עוקבות כבדות משקל, שאותן יכול היה לבחון גם בהמשך.

טיפול קוגניטיבי לא בוחל בשיחזור היסטורי, אך מחזיק בטענה כי שינוי סימפטומתי אמור להקדים מאמצים כאלה. בדומה, קיימת נטיה חזקה בטיפול קוגניטיבי להעדיף עבודה אינדוקטיבית, תוך התמקדות ברצף מחשבתי רגשי בשלב מוקדם של הטיפול, לפני שעוברים לנושאים כלליים יותר, וזאת בניגוד לגישות אחרות, כגון: RET - טיפול רציונאלי ריגושי. לדעת המחברים שיחזור היסטורי המוביל להבחנה, וכן נתינת ביטוי לנושאים כלליים, יכולים להקל על היווצרות השינוי, אך אף לא אחד מהם יעיל במיוחד כאסטרטגיה ראשונית ליצירת שינוי.

הכנה לסיום (פרידה) הטיפול ושימור השינוי

כפי שצויין קודם, רצוי להכין לקראת סיום כבר מהפגישה הראשונה והלאה. המטפל יכול לעשות זאת על ידי שיבהיר כי טיפול קוגניטיבי נגד דיכאון הינו התערבות קצרת טווח. כמו כן, יש להבהיר כי במידה והמטופל אינו מראה הוכחות של תגובה בתוך זמן סביר (4 עד 6 שבועות), החשד נופל על הטיפול ולא על המטופל.

הקצב המואץ של הטיפול, והעמדה הידיקטית ומשתפת הפעולה של המטפל, מצביעים גם כן על העובדה כי הטיפול לא יימשך לעד. יש לחזור ולחלול את נושא הסיום במשך כל הטיפול, בנסיון לשמור על רמה גבוהה של מוטיבציה והשתתפות.

כפי שצויין קודם, אנו מעדיפים בדרך כלל לפגוש מטופלים השרויים בדיכאון פעמיים בשבוע בהתחלה, ולרדת לפגישה חד שבועית לאחר 4-8 שבועות. אפשר להתייחס להפחתה בפגישות כאל חזרה כללית לקראת הסיום הממשמש ובא, מאחר והירידה ברצף, הינה חדה באותה מידה מפעמיים לפעם אחת בשבוע, כמו מפעם אחת להפסקה מוחלטת. אנו מעודדים מטופלים לנהוג בתקופה זו כתקופת אימון לסיום, לציין בקפדנות את המחשבות וההשפעות אשר מתעוררות, ולהביא אותן לדיון עוקב.

שימור השינוי נעשה על ידי רבות מאותן עמדות ואסטרטגיות שתוארו לעיל. על ידי כך שחוזרים ומזכירים למטופל כי הטיפול לא יימשך לנצח, על ידי הפעלה מוגברת של השתתפות מצד המטופל, באמצעות הזכרת אופיו קצר הטווח של הטיפול, והאטת תהליך הטיפול על מנת להעביר למטופל תאוריות ופרוצדורות, במקום להפעילן בלבד, כל אלה, כך אנו מאמינים, תורמים לרכישת כישורים מסויימים המוסיפים על האפקטים המונעים של טיפול קוגניטיבי. דיון ומשחק תפקודים אותם זיכר המטופל לנסות במידה והוא נתקף בדיכאון בעתיד, הינם מרכיבים עיקריים באסטרטגיית שימור השינוי. אנחנו מבקשים מהמטופל לדמיין לעצמו איזה מצב עלול לקרות אשר יגרום לדיכאון מחדש, איך יזהה את השלבים המוקדמים, ומה יעשה במקרה כזה.

דיווחים ממעקבים שנעשו על מטופלים במשך מספר שנים, מעלים אפשרות כי מקרים חוזרים של דיכאון, אם כי אינם מופיעים בצורה קלה יותר, תדירות הופעתם ומשכם פוחתים, ככל הנראה בעקבות שימוש המטופל בכישורים של התנהגות קוגניטיבית בהתמודדות עצמית.

כדאי לעודד מטופלים לנסות ללמד ילד, או בן משפחה, כמה מהמיומנויות הקוגניטיביות שרכשו לאחרונה: קיום פגישות של קבוצות טיפול יכול לסייע גם כן בתהליך זה. אחת מהדרכים הטובות ביותר להקל על רכישת מידע, ולגרום למידע להישמר בזכרונו של המטופל, היא על ידי שהמטופל יקח על עצמו להיות מורה של מישהו אחר.

ולבסוף, רצוי לתאם פעם או יותר, קשר עוקב עם מטופל לאחר סיום הטיפול, וחשוב להבחיר כי המטופל אינו חייב להיות סימפטומטי על מנת להיפגש עימנו שוב. מנסיונו, פגישות כאלה הופכות משעממות לשני משתתפים לאחר כעשרים דקות, אך הן ממלאות כנראה תפקיד מועיל בהפחתת החרדה בזמן הסיום.

תפקיד המטפל

באופן כללי, המטפל בטיפול קוגניטיבי לוקח על עצמו תפקיד של מורה - לא באופן פדנטי או סמכותי, אלא בדרך דומה לעבודת חוקר קליני עם בוגר אוניברסיטה מבריק, או איש מקצוע מדופלם המפקח על בן חסות מבטיח. המטרה היא הקניית מיומנויות, אשר רבות מהן פותחו בשיתוף פעולה עם מטופלים קודמים, והן מרחיקות לכת יותר מכישורי התמודדות רגילים אשר רוב האנשים מפתחים על מנת להתמודד עם התסכולים האופייניים של החיים. הגענו למסקנה כי הרבה ממה שאנו עושים מתמקד בתרגול המטופלים לשלב שיטות של עיבוד מידע מכוון וזהיר יותר לתהליך השינוי. במידה מסויימת, אנו מלמדים אנשים אסטרטגיות לא נורמטיביות, המכוונות לבחינת המציאות ולשימוש מידי בדיכאון.

דבר חשוב נוסף הוא, יכולת המטפל לאמץ עמדה פתוחה וגמישה בחשגת מידע. כמטופלים קוגניטיביים, מטרתנו היא לשאול שאלות בדרך פרודוקטיבית, תוך כדי חיפוש אחר תשובות הניתנות לאישור נסיוני, במקום לספק תשובות אלה.

אנו תומכים באסטרטגיה של שוויוניות בטיפול, הווה אומר, אנו מעדיפים לשלב את המטופלים ביחסים שוויוניים, בעיקר ביחס לדברים אשר כל אחד מאיתנו יודע על העולם. אין אנו מאמינים כי התברכנו בסגולות מיוחדות המבדילות אותנו מאחרים, או באיזו הבחנה חדה במיוחד לגבי טיבנו של עולם. מה שיש לנו להציע, הן מספר טכניקות העשויות להועיל בהתמודדות עם דיכאון, וגישה (לדוגמה: נסיוניות שיתופית) העשויה להיות מועילה במיוחד להבחנה בין מציאות לדמיון. מטרתנו איננה לחקנות חוכמה למטופלינו, מאחר ולא התברכנו בחכמה מיוחדת אשר נוכל להקנותה, וגם לא פתרונות מיוחדים לבעיות הרבות של החיים. מטרתנו היא, לשלב את מטופלינו בתהליך שיתופי של גילוי, אשר בו אין אמונה שנחשבת למקודשת (כולל אלו בהן מחזיק המטפל). אנו שואפים להקים "אחווה טיפולית" (LUBORSKY 1976), אשר מתקרבת למעין הרפתקה משותפת, אשר בה לא המטפל ולא המטופל יודעים במדויק כיצד יתנהלו האירועים, אך אשר בה כל אחד יכול להתקדם תוך ציפיה סבירה כי התהליך יהיה בעל יכולת תיקון עצמית.

שליטה, היא בהרבה מקרים נושא מפתח בדיכאון, במיוחד למטופל מדוכא המרגיש בדרך כלל בלתי יעיל ולא מסוגל להתמודד עם דרישות החיים.

חדבר אותו אנו רוצים להדגים בפני המטופל הוא פתיחות לתהליך הגילוי, לעומת יומרות של ידע (וכתוצאה מכך, עוצמה). מטרתנו היא לשמש כיועץ, בעל נכונות לספק כישורים מיוחדים, ולא כסמכות, אשר יכולה לספק תשובות מסויימות.

נושאים קליניים מיוחדים

התנגדות וחוסר הענות

חוסר היענות פסיבית, והתנגדות אקטיבית, אינן נחשבות כסיבות להימנע מגישה של התנהגות קוגניטיבית. למעשה, שתיהן נחשבות כמטרות פוטנציאליות לניתוח ותיקון על ידי שימוש בפרוצדורות אלו ממש. שתיהן נחשבות כמשלבות, קרוב לוודאי, את אותם סוגים של אמונות ותגובות אפקטיביות אשר הובילו את המטופל אל הטיפול מלכתחילה. על ידי מתן תיאור ברור של תבניות קוגניטיביות רגשיות אלה, וכן על נתינת מעבדה זעירה לתרגול, קורה לעיתים קרובות כי בעיות כאלה בטיפול יהפכו ליתרון טיפולי.

התהוות מחשבות אובדניות

הערכה של התהוות מחשבות אובדניות הינה הכרחית, כל אימת שמתבצע טיפול עם אדם בדיכאון. חשוב להזכיר כי החומרה שונה בין המטופלים, והטווח הוא רחב - ממצב מתון ופסיבי של יצירת מחשבות (דוגמה: "לא שווה לחיות"), עד למצב חמור של בניית תוכנית אובדנית ספציפית. המטפל חייב לקבוע כי רמת מחשבות אובדניות של המטופל, ניתנת לשליטה בפגישות טיפוליות. מנקודת הסתכלות של התנהגות קוגניטיבית, המוקד הוא מחשבות המטופל בקשר לסיבת רצונו להרוג עצמו.

לעיתים קרובות המחשבות סובבות סביב חוסר תקווה, אשמה, חוסר יכולת, וחוסר אונים. תחושות אלה, כמו תחושות אחרות של אדם בדיכאון, הינן כלליות מדי ובלתי מדוייקות. כאשר מזהים מחשבות התאבדות ואת התפיסות שמאחוריהן, ניתן להפעיל עליהן אסטרטגיות קוגניטיביות סטנדרטיות. המטפל והמטופל יכולים לבחון את הסימנים להמצאן של מחשבות אשר משקפות רגשות של חוסר תקווה, אשמה, וחוסר יכולת אצל המטופל. ניתן לחלק משימות, החלטות, או אירועים אשר השפעתם על המטופל מכרעת, למרכיבים קטנים יותר, אשר קל יותר להתמודד עימם. אפשר להציע דרכים חילופיות למחשבה על בעיות המטופל, וכן פתרונות אחרים חוץ מהתאבדות.

נקודת המפתח לדיוננו היא, כי דיבור המבטא מחשבות אובדניות, צריך תמיד להילקח ברצינות בטיפול קוגניטיבי, ואפשרות נוכחותן צריכה להיבדק באופן פעיל, במיוחד במפגשים הראשונים. במידה ומחשבות אלה אכן קיימות, יש לתת עדיפות ראשונה לטיפול בהם.

סיכום

טיפול קוגניטיבי הוא, למרות שמו, התערבות קוגניטיבית התנהגותית המובנת בדרך הטובה ביותר, כגישה המנסה ליישם את האסטרטגיה של בדיקת הנחה נסיונית למשימה של שינוי אמונות. ספרות מקצועית גדלה והולכת תומכת בתפיסה כי טיפול קוגניטיבי הוא יעיל לא פחות מכל אלטרנטיבה עיקרית אחרת, לטיפול במקרים חמורים, חד קוטביים ובלתי פסיכויטיים של לקוחות בדיכאון, ויתכן כי טיפול זה מוצלח באופן מיוחד במניעת הישנות הסימפטומים.

בפרק זה ניסינו לתאר פחות את הפרוצדורות העיקריות של טיפול קוגניטיבי, ויותר את ה"פיתולים" (TWISTS) האישיים בעלי האופי המיוחד אותם אנו משלבים להפעלת הגישה. הרבה מאותם "פיתולים" כרוכים בהאטת התהליך כדי להקל על המטופל בלימוד הפרוצדורות. דגש זה על לימוד במשך הטיפול, הופך את הפגישה הטיפולית למשהו חדומה יותר ל"קורס מחקר" של שני אנשים מאשר למפגש טיפולי טיפוסי.

בדומה, ניסינו להדגיש את מאמצינו להיות שיתופיים, פתוחים, ובלתי סמכותיים על מנת להטות את תחושת האין אונים וחוסר היכולת ממנה סובלים לעיתים כה קרובות מטופלים בדיכאון. ולבסוף, ניסינו להסתמך על סוג של נסיונות שקולה, בטענה כי הדבר אשר יש בידינו להציע למטופלים איננו בדיוק תשובות לשאלות החיים, אלא יותר שיטה למציאת התשובות.

ביבליוגרפיה

- Abelson, R. P. (1981). Psychological status of the script concept. *American Psychologist*, 36, 715-729.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 1978, 87, 49-74.
- Arieti, S. (1959). Manic-depression. In S. Arieti (Ed.), *Handbook of clinical psychiatry* (Vol. 1, pp. 419-454). New York: Random House.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1977). *A demonstration of cognitive therapy of depression: Mia 1*. Center for Cognitive Therapy, Philadelphia, PA.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., & Greenberg, R. L. (1974). *Coping with depression*. New York: Institute for Rational Living.
- Beck, A. T., Hollon, S. D., Young, J., Bedrosian, R. C., & Budenz, D. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*, 42, 142-148.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Blackburn, I. M., Bishop, S., Glen, A. I. M., Whalley, L. J., & Christies, J. E. (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 1818-189.
- Blackburn, I.M., Eunson, K. M., & Bishop, S. (in press). A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *British Journal of Psychiatry*.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: William Morrow.
- Covi, L., Lipman, R. S., Ruth, D., Pattison, J.H., Smith, J. E., & Lasseter, V. K. (in press). Cognitive group psychotherapy in depression: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*.
- Coyne, J. C., & Gotlib, I. H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological Bulletin*, 94, 472-505.

- Darley, J. M., & Fazio, R. (1980). Expectancy confirmation processes arising in the social interaction sequence. *American Psychologist*, *35*, 867-881.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Evans, M. D., & Bemis, K. M. (1982). Can psychotherapies for depression be discriminated? A systematic investigation of cognitive therapy and interpersonal therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*, 744-756.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.
- Emery, G., Hollon, S. D., & Bedrosian, R. D. (Eds.). (1981). *New directions in cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Evans, M. D., & Hollon, S. D., (in press). Cognitive information processing in clinical depression. In L. B. Alloy (Ed.), *Depression: An experimental perspective*. New York: Guilford.
- Evans, M. D., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Auerback, A., Tuason, V. B., & Wiemer, M. J. (1983, July). *Development of a system for rating psychotherapies for depression*. Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Sheffield, England.
- Evans, M. D., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Piasecki, J., Tuason, V. B., & Garvey, M. J. (1986). *Relapse/recurrence following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: IV. Two-year follow-up in the cognitive-pharmacotherapy project*. Unpublished manuscript, University of Minnesota and the St. Paul-Ramsey Medical Center, Minneapolis-St. Paul, MN.
- Freeman, A. (1983). *Cognitive therapy with couples and groups*. New York: Plenum.
- Hollon, S. D. (1983, December). *Resistance and noncompliance in cognitive behavior for depression*. Paper presented at the Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Hollon, S. D. (1984). Cognitive therapy for depression: Translating research into practice. *The Behavior Therapist*, *7*, 125-127.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1979) Cognitive therapy of depression. In P. C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures* (pp. 153-203). New York: Academic Press.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1979) Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In S. K. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 443-482). New York: Wiley.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Tuason, V. B., Wiemer, M. J., & Garvey, M. J. (1986). *Cognitive therapy, pharmacotherapy, and combined cognitive-pharmacotherapy in the treatment of depression: 1. Differential outcome*. Unpublished manuscript, University of Minnesota and the St. Paul-Ramsey Medical Center, Minneapolis-St. Paul, MN.
- Hollon, S. D., Evans, M. D., Elkin, I., & Lowery, A. (1984, May). *System for rating therapies for depression*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Los Angeles, CA.
- Kahneman, D., Slovic, P., & Tversky, A. (Eds.). (1982). *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. New York: Cambridge University Press.

- Kovacs, M., Rush, A. T., Beck, A.T., & Hollon, S. D. (1981). Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy: A one-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, *38*, 33-39.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy: The groundwork for a study of their relationship to its outcome. In J. L. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-111). New York: Brunner/ Mazel.
- Mahoney, M. J. (1977). Reflections on the cognitive learning trend in psychotherapy. *American Psychologist*, *32*, 5-13.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, *35*, 63-78.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Murphy, G. E., Simons, A. D., Wetzel, R. D., & Lustman, P.J. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy, singly and together, in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, *41*, 33-41.
- Neisser, U. (1976). *Cognition and reality: Principles and implications of cognitive psychology*. San Francisco: Freeman.
- Nisbett, R. E., & Ross, L. (1980). *Human inference: Strategies and shortcomings of social judgment*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, *21*, 95-103.
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings. In L. Berkowitz (Ed.) *Advances in experimental social psychology* (Vol. 10, pp. 173-220). New York: Academic Press.
- Rush, A. J., Beck, a. T., Kovacs, M., & Hollon, S. D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy versus pharmacotherapy in outpatient depressives. *Cognitive Therapy and Research*, *1*, 17-37.
- Schneider, R. M., & Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: I. Detection, search and attention. *Psychological Review*, *84*, 1-66.
- Shiffrin, R. M., & Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending, and a general theory. *Psychological Review*, *84*, 127-190.
- Teasdale, J. D., Fennell, M. J. V., Hibbert, G. A., & Amies, P. L. (1984). Cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, *144*, 400-406.
- Young, J. (1980). The development of the Cognitive Therapy Scale. Unpublished manuscript, Center for Cognitive Therapy, Philadelphia, PA.
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, *35*, 151-175.

גישה הכרתית לייעוץ *

אליס, אלברט.

להלן מספר רעיונות מרכזיים בשיטתו של הפסיכולוג אלברט אליס.

את גישתו של אליס מייחדת ההנחה הבאה:
 "ביסוד בעיותיו והפרעותיו האמוציונליות של האדם מונחים רעיונות בלתי הגיוניים. אמונתו של האדם ברעיונות מוטעים אלה היא הגורמת להפרעות אמוציונליות שונות".

נהוג לחשוב שאנשים מדוכאים, חרדים או רגזים בגלל מאורעות אומללים שקרו להם. לאמיתו של דבר, הסיבות למצבו הנפשי של האדם אינן מאורעות שקרו לו, אלא משפטים שהוא אומר לעצמו בעקבות מאורעות שונים שהתרחשו.

מטרת חוברת זו, היא להעלות את המשפטים המוטעים שאדם אומר לעצמו, ואשר גורמים לבעיותיו. נצביע על הנימוקים השונים לחוסר ההגיון שבמשפטים אלה, ונראה משפטים אלטרנטיביים, הגיוניים ובריאים יותר.

ברור, ששום ספר או חוברת לא יוכלו לענות על פרטי הבעיות של אדם מסוים. תמיד יש משהו ייחודי בבעיותיך-אתה, ובמצבך. החוברת תפתח לפניך פתח למחשבה חדשה על בעיותיך, אך לא תפתור אותן.

כדאי להקדים ולהזהיר, שהדברים הכתובים, עלולים להיראות כהטפה דתית, או כהטפה ליחשיבה פוזיטיבית", אולם למרות רושם זה (שהוא שטחי), מי שינסה לבין את הרעיונות, ולפעול על פיהם ברצינות, ימצא שיש בהם "משהו".

החוברת עצמה ניתנת לקריאה בקלות. החלק הקשה, הוא להשתכנע בחוסר ההגיון שבמשפטים מסוימים ובכנותם של משפטים אחרים. וקשה עוד יותר להאמין במשפטים הנכונים ולפעול לפיהם.

כדי לפעול לפי העקרונות ההגיוניים המוצעים כאן דרושה עבודה רבה, אך הדבר אפשרי וניתן להשגה.

* מתוך: קאליש, ניצה (ע). הייעוץ החינוכי - תאוריות וכלים - מקראה, מכללה ירושלים לבנות, תשמ"ט.

רעיון בלתי הגיוני מס' 1

"האדם הבוגר מוכרח להיות אהוב ומקובל על כל האנשים המשמעותיים שבסביבתו".

האנשים כולם זקוקים לאהבה ואחדה, ואם בסביבתם גרים אנשים בוגרים היו רוצים שיאהבו אותם כל אלה שעמם הם באים במגע. אולם יש להעמיד בספק את הרעיון שחכרה הוא שמבוגרים יזכו באהבה ויהיו מקובלים על כל האנשים המשמעותיים בסביבתם.

רעיון זה איננו הגיוני מהסיבות הבאות:

1. הדרישה לאהבה מצד כל אלה שאתה רוצה שיאהבו אותך, היא מטרה פרפקציוניסטית (מושלמת), שאינה ניתנת להישג. אם גם יאהבו אותך 99 איש, תמיד יימצא האיש ה-100, שיהיה יוצא מכלל זה. אי אפשר לצפות שכולם יאהבו אותך.
 2. אילו זכית באהבתם של כל האנשים החשובים לך, הרי תהיה מוטרד ועסוק בשאלה של מידת אהבתם - שמא האהבה הניתנת לך אינה מספקת, והאם עדיין הם אוהבים אותך.
 3. אי אפשר להיות אהוב על הכל, משום שתמיד יהיו אנשים שאינם אוהבים אותך בגלל הבעיות שלהם, בלא שום קשר להתנהגותך.
 4. אפילו אם באופן תיאורטי ניתן לזכות באהבתו של כל אחד, הרי שמטרה זו דורשת כל כך הרבה השקעת זמן ואנרגיה, שאינה מותירה זמן לדברים אחרים. אם תצליח לזכות באהבת כולם, תצטרך להשקיע בשמירת אהבתם, ולא יישאר לך זמן ואנרגיה לעיסוקים אחרים.
 5. אם תנסה ללא הרף להיות אהוב על האחרים, תהיה תלוי תמיד בחסדיהם, ויהיה עליך לוותר על העדפותיך ורצונותיך שלך.
 6. אם אתה מגדיר את הצורך להיות אהוב על הכל כהכרח עבורך, ואתה מחפש באופן כפייתי (שוב ושוב, ללא הפסק) את האישור לכך באחרים, תגרום להתנהגותך לאחרים להסתייג ממך, ובכך תשיג בדיוק את ההיפך ממטרתך.
 7. לאהוב, יותר מאשר להיות אהוב, היא פעולה יצירתית, מעניינת ומבטאת את הצורך להיות אהוב, מעכב את היכולת של האדם לאהוב וליצור.
- במקום חיפוש מתמיד אחר אהבה, צריך האדם הרציונלי לשאוף לחיים יצירתיים ופרודוקטיביים יותר. כלומר:

1. אין האדם צריך לעקור מליבו את כל שאיפותיו לאהבה ולאישור; הוא צריך להשתחרר רק מן הצורך המוגזם (הקיצוני) באהבת אחרים.
2. על האדם לנסות בכנות לזכות באהבת האחרים בגלל סיבות מעשיות, כגון תכונות טובה או התקדמות מקצועית. אין הוא צריך לרצות, כמו הילד, שיאהבו אותו "כמו שהוא", או בגלל "יפי נפשו". עליו להבין, שכבוד עצמי אינו נובע מהערכת האחרים אליו, אלא בעיקר מכך, שהוא עצמו מעריך את עצמו. ומכך שהוא מבצע דברים שבהם הוא מעוניין בלי להתחשב בהערכת האחרים.
3. כאשר אדם מגלה שאחרים אינם אוהבים אותו, עליו להודות שעובדה זו מרגיזה ומתסכלת אותו, אך בשום פנים ואופן לא יאמר לעצמו שהדבר איום ונורא (קטסטרופלי).
4. אין האדם צריך להתמרד רק לשם התמרדות או להסכים רק בגלל נטייתו להסכים עם השאר. עליו לשאול את עצמו תמיד "מה אני רוצה באמת לעשות בחיי הקצרצרים?" ולא "מה האחרים רוצים שאעשה?"
5. במקרים שבהם רוצה האדם לזכות באהדת אחרים, עליו לעשות זאת בדרך שקטה, אינטליגנטית. אחת הדרכים הטובות לזכות באהבה, היא לתת אהבה.

רעיון בלתי הגיוני מס' 2

"אומללותם של בני האדם נגרמת על ידי גורמים חיצוניים, והאנשים עצמם כמעט שאינם יכולים, או אינם יכולים כלל, לשלוט על תגובותיהם למאורעות."

רבים מאמינים כי אנשים אחרים הם הגורמים להם להיות בלתי מאושרים. אנשים נוטים לחשוב, שאילו היו הגורמים החיצוניים שונים, היה בא הקץ לאומללותם. כאשר קורה להם משהו איום, נדמה להם, כי אין ביכולתם להשתלט על עצמם ועל רגשותיהם בתנאים אלה.

רעיון זה הוא בלתי הגיוני מהסיבות הבאות:

1. לאמיתו של דבר, אנשים אחרים יכולים להרע לך מעט מאוד. פרט לתקיפה גופנית או לנזקים כלכליים (כמו מניעת כסף ומזון), שהם נדירים למדי בחברה בת זמננו, רוב הצרות שאנשים אחרים יכולים לגרום לך הן פסיכולוגיות. ואלה אינן יכולות לפגוע בך, אלא אם כן, אתה מאמין שהן יכולות לפגוע. התקפה מילולית, למשל, לא תפגע בך, אם לא תאפשר זאת. שכן מילים אינן יכולות לפגוע, אלא עמדתך ותגובתך למילים, הן הפוגעות בך.

2 לא הגורמים החיצוניים הם שמציקים לך, אלא האופן שבה אתה תופס ומקבל אותם. למשל, כאשר אתה אומר: "זה מרגיז אותי כאשר חברי אינם נחמדים אליי", או "איני יכול לסבול שדברים אינם מסתדרים". אתה הוא זה שמציק לעצמך. מה שאתה בעצם אומר לעצמך הוא זה: "כמה זה נורא שחברי אינם נחמדים", ולכן אינך יכול לסבול זאת. האמת היא, שאינך יכול לסבול משחו, לא בגלל עצם הדבר, אלא בגלל הדרך בה אתה תופס אותו. כלומר: מה שאתה אומר עליו ומה שאתה חושב עליו. התנהגות החברים היא בלתי נסבלת, כי כך אתה מגדיר אותה, ולכן אתה מתייחס אליה בהתאם.

3 אף כי רוב האנשים מאמינים, שאינם מסוגלים לשלוט ברגשותיהם, אין זה נכון. הדבר קשה, אך לא בלתי אפשרי. האמוציות אינן אלא תופעה של תפיסות, מחשבות, הערכות ומשפטים מופנמים. נכון הדבר, שאם אדם אומר לעצמו במשך תקופה ממושכת שעליו להתרגז בגלל מאורעות מסוימים, יהיה זה קשה להפסיק להתרגז בגלל מאורעות אלה, אולם אם יאמר לעצמו במשך תקופה ארוכה משפטים הפוכים - כלומר: שאין הוא צריך להתרגז בגלל אותם מאורעות - תהיה לכך השפעה חיובית.

במקום עמדות אלו, כדאי לנקוט בצעדים הבאים:

1. כשאדם מוצא את עצמו נרגש ומרוגז מאוד (ולא נרגז או עצוב במידה רגילה), עליו להודות שהוא עצמו הגורם הראשי לרוגז זה, הוא שיוצר אותו, ולכן הוא בלבד יכול למנוע אותו.
2. אדם צריך לנסות למצוא מהם המשפטים האי רציונליים הגורמים לאמוציות המפריעות לו. הוא צריך למצוא את האי רציונליות שבמשפטים האלה, ולהשתכנע בכך. בדרך זו, ישנה את המשפטים שהוא אומר לעצמו, ובכך ישנה גם את האמוציות.

לדוגמה:

דוגמה מס' 1

אם אדם מפחד מאוד ממגע עם נכים, עליו להניח שלא הנכים הם המפחידים אותו, אלא אותם המשפטים שהוא אומר לעצמו בענין זה, ועליו לחפש מהם המשפטים האלה. למשל: "הנכים נמצאים במצב לא רצוי משום שהם זקוקים לעזרה; זה יהיה נורא ואיום אם אני אזדקק לעזרה".

אם יבדוק האדם את ההגיון שבמשפט מעין זה, ימצא שהוא בלתי הגיוני משתי סיבות:

1. אף כי לא רצוי להיות נכה, אין זה דבר נורא ואיום (ראה רעיון מס' 4). שום דבר אינו נורא ואיום. תמיד, בכל מצב, אפשר לחשוב, לתכנן ולפעול. מצב הנכות אינו הופך את האדם לחסר ערך, כי הוא יכול לפעול כדי להיטיב את תנאיו גם במצב זה.

2. אשר לפחד מהנכים, משום שהמגע עימם יהפוך אותך לנכה - זוהי חשיבה מאגית. ברור שמגע כזה, לא יכול בשום פנים לגרום לך לנכות. לאחר שישתכנע האדם בחוסר הטעם שבמשפטים אלה, הוא ישתכנע גם בחוסר הטעם שבפחד. השכנוע אינו חד פעמי ומיידי, אלא יש לחזור ולבדוק את הדברים שוב ושוב.

דוגמה מס' 2

הרבה רווקות חרדות ומדוכאות בגלל החשש שלא תתחתנה. ביסוד מצבן הנפשי מצויים ללא ספק, משפטים שהן חוזרות ואומרות לעצמן, למשל: "יהיה זה נורא ואיום אם לא אתחתן", "לא אוכל לסבול מצב זה", "אם לא אתחתן זה סימן שאיני שווה כלום". משפטים אלה הם בלתי הגיוניים. אמת הדבר שהמצב האובייקטיבי מתסכל, אבל המשפטים שבעזרתם מפרטים אותו, הם המביאים ישירות לחרדה ולדיכאון. החזרה על המשפטים מסוג זה מחמירה את המצב.

במקום משפטים אלו, יכולה הבחורה לומר לעצמה:

"למרות שאין זה רצוי להיות רווקה, אין הדבר נורא ואיום, מכיוון שאין דבר שהוא נורא ואיום. תמיד אפשר לחשוב לתכנן ולפעול למען שיפור. בכל מצב יש דברים שאתה יכול לעשות והם מעניינים אותך ונותנים לך ביטוי וסיפוק פרט לנישואים. נישואים אינם הדבר היחיד שאפשר לעשות".

עליך להגיד לעצמך "מצב של רווקה הוא בלתי רצוי לי, אך אינו מראה שאני חסרת ערך. מצב רווקות או נישואין, אינו מדד להצלחתו של האדם. לטענה "אם אתחתן סימן שאני שווה משהו", אין שום בסיס. זוהי קביעה סובייקטיבית, שאת עצמך מעמידה. אדרבה, במקרים רבים זוהי קביעה שהוכחה כבלתי נכונה. גם קביעות דומות כגון: "אני שווה משהו רק אם אצליח בעבודה", או "אני שווה משהו רק אם אוריד 10 ק"ג", כל אלה הן הגדרות סובייקטיביות לגמרי, שאין להן כל בסיס במציאות. משום כך אין להתרגז או להיות מדוכא אם החגירה שאת קבעת אינה מתמלאת. יתר על כן, בחורה היושבת בבית, ודואגת כל הזמן שמא תישאר רווקה מחבלת בסיכויים להינשא, על ידי עצם הדאגה וההסתגרות, ובדאי שאין היא מועילה במאומה לפתרון הבעיה.

רעיון בלתי הגיוני מס' 3

"יש אנשים שהם רעים ומושחתים, ולכן יש להאשימם ולהענישם על כך".

אנשים רבים מאמינים שאחרים - ולעיתים קרובות גם הם עצמם - עושים מעשים רעים, בלתי מוסריים, בגלל היותם רעים ומושחתים מיסודם, והדרך היחידה למנוע התנהגות זו, היא להאשימם ולהענישם. מסיבה זו אנשים רוגזים ורוצים להתנקם באחרים (ובעצמם) אם עשו מעשה רע.

מחשבות אלו חסרות תוקף ואינן הגיוניות מהסיבות הבאות:

1. מעשה רע, אינו בהכרח הופך את עושהו לאיש רע. פעילות בלתי מוסרית (או מעשים רעים) נובעת לרוב מחוסר ידע, מטפשות או מהפרעה אמוציונלית. אין זה הגיוני איפוא, להאשים את האנשים בגלל בורותם, טפשותם או מופרעותם. הגיוני יותר יהיה לומר, שהם עשו מעשה רע, ועלי להשתדל לפעול במיטב יכולתי כדי שלא יעשו זאת בשנית. אין טעם לומר, כי מפני שהם עשו מעשה בלתי מוסרי הריהם אנשים חסרי ערך או בעלי ערך שלילי, וצריך להענישם בחומרה.
2. יהיה זה מציאותי והגיוני להאמין שכל אדם עלול לשגות, ובלתי הגיוני להאשים אותו על אשר הוא שוגה ואינו ממלא אחר ציפיותי לשלמות. המשפט "הוא שגה משגה רציני, ואני מקוה שלא יעשה זאת בשנית" - הוא משפט בריא והגיוני. לעומת זאת, המשפט "הוא שגה משגה רציני, אסור היה לו לעשות כך, הוא לא בסדר, ועליו לשפר את דרכיו" - הוא משפט שאינו הגיוני. פירושו של המשפט הוא: "אני מצפה ממנו להיות מלאך, ולא להיכשל בשום שגיאה, אך הוא שגה ואני מעניש אותו, משום שאני כועס עליו, ובאופן בלתי מציאותי, מצפה ממנו בעתיד להיות מלאך מושלם".
3. הרעיון שיש להאשים או להעניש אדם ששגה, מבוסס על ההנחה, כי תהאשמה והעונש יביאו לתיקון דרכיו. נכון שילדים, ולעיתים גם מבוגרים משפרים את התנהגותם כתוצאה מהענשה, אולם ההיסטוריה הארוכה של הפשע האנושי מוכיחה לנו, שלרוב התוצאה היא הפוכה: אנשים המואשמים ומוענשים ברוגזה על שגיאותיהם, אינם משפרים את דרכיהם, אלא אדרבה - מצבם מחמיר, בעוד שהענשה אוביקטיבית שקטה, הבאה בתגובה על מעשיו של האדם, גורמת לכך שילמד לתקן את שגיאותיו. עונש הניתן ברוגזה, ותוך כדי האשמה, משפיע לרעה: קצב הלמידה מואט ונילוות אליו תופעות לוואי שונות.
4. העונש הנובע מרגשות טינה והאשמה אינו יכול לעזור למוענש לשפר את דרכיו, מפני שאין הוא עונה על השאלה: "כיצד יוכל לתקן את דרכיו בעתיד?". במקום להתרגז ולכעוס על כך שאנשים (או אתה עצמך) שוגים, צריך האדם הרציונלי לאמץ את הגישה הבאה:
 - א. אין לבקר ולהאשים אנשים על מעשיהם הרעים. יש לחבין כי הם מבצעים מעשים אלה בגלל טפשותם, חוסר ידיעתם ומופרעותם.
 - ב. כאשר אחרים מאשימים אותך, עליך לשאול את עצמך, אם באמת שגית, ואם כן - עליך לשפר את התנהגותך.

אם לא שגית, עליך להבין, כי במקרים רבים נובעת הביקורת מבעיות פנימיות של המבקרים עצמם, והיא מייצגת הגתיות או הפרעה שלהם.

ג. כאשר לדעתך שוגים האנשים שמסביבך, עליך להבין מדוע הם מתנהגים כפי שהם מתנהגים ולהתאמץ לראות את הדברים מתוך מסגרת החתייחסות שלהם. אם רואה אתה דרך להפסיק אותם ממעשיהם, עשה זאת בצורה שקטה, אך אם אין לך דרך כזו (וזה המצב ברוב המקרים), אמור לעצמך: "רע מאוד שהם מתנהגים כך, אולם אין זה איום ונורא, ואיני יכול לעשות דבר בעניין זה".

ד. עליך להבין, כי שגיאותיך, כמו שגיאותיהם של האחרים, הן בדרך כלל תוצאה של בורות או הפרעה אמוציונלית. אל לך להאשים את עצמך, אלא לומר: "נכון, באמת התייחסתי רע, נכשלתי בעבודה וזה רע, אבל אין זה איום ואין זו קטסטרופה". הנקודה העיקרית שיש לזכור היא, שלא כדאי לומר: "כמה לא יוצלח אני עקב כשלוניי", אלא שאפשר ללמוד מהשגיאה ולשנות פחות.

רעיון בלתי הגיוני מס' 4

"איום ונורא כאשר הדברים אינם מסתדרים כפי שאתה רוצה שישתדרו".

מדהים, מה רבים הם האנשים האומללים כאשר אין הדברים מסתדרים כפי שהיו רוצים. טבעי הדבר, כי אנשים יהיו מתוסכלים כשאין הם משיגים את רצונותיהם, אולם אין זה הגיוני לכעוס ולהיות מדוכא באופן מתמיד עקב תיסכול.

רעיון זה הוא בלתי הגיוני מהסיבות הבאות:

1. אין שום סיבה כי המציאות תהיה שונה ממה שהיא. אמנם, אילו היו הדברים מתרחשים כפי שאנו רוצים היה טוב מאוד, אולם, גם אם לא כך המצב, אין זו סיבה מספקת להיות מדוכא ומרוגז. מטבע המציאות הוא, שלרוב איננו יכולים להשיג את הדברים כפי שהיינו רוצים בהם.

2. אין טעם להתרגז על דברים מעין אלה משום שהרוגז אינו עוזר, אלא להיפך: ככל שאנו מדוכאים יותר ונרגזים יותר - נהיה פחות אפקטיביים בנסיונות לשנות את פני הדברים.

3. כאשר הדברים אינם מתנהלים כפי שאנו רוצים, צריך לנסות לשנותם. במידה ואין אפשרות לשנותם בהווה (או בכלל), התגובה הבריאה ביותר היא לקבל עובדה זו. בכך נבדל המבוגר מן הילד: הוא מסוגל לשאת תיסכולים ולקבל את הדברים שאין ביכולתו לשנותם.

4. מקובל לחשוב, שכאשר אדם מתוסכל הוא רגזן ונוטה לחיות תוקפני. אך ההשערה שתיסכול מביא לתוקפנות אינה מדויקת. מחקרים מפורטים הראו, שהתיסכול כשלעצמו אינו מביא לתוקפנות, ומה שקובע את התגובה הם יחסו ועמדתו של הפרט לתיסכול. למשל, כשאנשים מחכים בחום כבד לאוטובוס, אין הם רוגזים במיוחד, אם מתברר להם כי האוטובוס התקלקל, אולם אם מתברר להם שנחג לא עזר בתחנה ללא סיבה מספקת, הם נרגזים מאוד. בשני המקרים לא הגיע האוטובוס, אבל הרגשת התיסכול שונה. אותו דבר הוכח במחקרים על כאבים פיסיים: הכאב מורגש לא רק בהתאם לעוצמת הגירוי, אלא בעיקר בהתאם לעמדתו הסובייקטיבית של החולה.

מכאן המסקנה, כי מה שמשפיע על תגובת האדם למאורעות מתסכלים, היא עמדתו כלפיהם. כיצד הוא עצמו מגדיר לעצמו את המאורע - כדבר נורא או כמאורע שניתן להתגבר עליו. במקום להתרגז ולהתרגש בגלל מאורעות מתסכלים, כגון ריב, תאונה, חפסד או אי צדק בעולם. אדם רציונלי צריך לאמץ לעצמו את העמדות הבאות:

א. עליו לבדוק אם המאורעות המתסכלים הם באמת מרגיזים או שהוא מגיזים במידת הנזק שהם גורמים לו. אם מצאו מאורעות מסוימים באמת בלתי נעימים, עליו להשתדל להתמודד עימם באופן שקט. אם אין באפשרותו לשנותם, עליו לקבל את העובדה ולהתעלם מקיומם.

ב. יש להלחם בנטייה להגזים בקשיים שגורמים מאורעות בלתי נעימים ומאמללים. אדם נוטה לומר: "אלוקים, כמה נורא הדבר! אני יכול לסבול זאת!" במשפט זה יש משום הגזמה. במקומו רצוי לומר משפטים אחרים, כגון: "זה רע מאוד שהתנאים מתסכלים, אבל לא אמות מזה, או לבטח אוכל לחיות בתנאים אלה, שהם לא טובים אומנם, אך לא נוראים".

ג. דברים מרגיזים צריך לקבל ללא הגזמה, לא לעשות עצמך יותר מרוגז על ידי עצם המחשבה שאתה לא בסדר, בכך שאתה מתרגז כל כך. בצורה זו מכפילים ומשלשים את הרוגז המקורי. יש להשתדל להפיק את המכסימום מסיטואציות מתסכלות, ללמוד מהן ולקבלן כאתגרים.

רעיון בלתי הגיוני מס' 5

"כדי שהאדם יהיה בעל הערכה עצמית גבוהה, עליו לחיות מוצלח, מומחה ובעל ידע בכל השטחים".

אנשים רבים בחברה המודרנית מאמינים, שאם אין הם מצליחים בכל השטחים - או לפחות מגלים מומחיות בשטח חשוב אחד - הם חסרי ערך.

ענין זה אינו הגיוני מהסיבות הבאות:

1. אדם אינו יכול להיות מוצלח בכל השטחים. לאמיתו של דבר, רוב האנשים אינם מצטיינים אפילו בשטח אחד. רצוי והגיוני לנסות להיות מוצלח, יש לכך יתרונות אחדים, למשל, תגמולים כספיים למצליח, או עצם ההנאה שבעשייה. אבל אין זה נכון שמן ההכרח להצליח. דרישה כזו היא אי רציונלית, ומביאה את האדם לחרדה ולהרגשת חוסר ערך.

2. הצלחה והישגים יש בהם אומנם יתרונות (במיוחד בחברתנו), אך דחפים כפייתיים להישגים מביאים בדרך כלל ללחץ ולמתח: הם דוחפים את האדם לפעילות מעבר למגבלותיו הפיזיות, דבר הגורם למחלות פסיכוסומטיות רבות.

3. אדם המרגיש כי חובה עליו להצליח באופן בולט, אינו רק בוחן את כוחותיו ונאבק באתגרים (דבר שהוא לכשעצמו טוב), אלא משווה את עצמו לאחרים ומתחרה בהם, כדי להצליח יותר מהם. הוא נעשה מונע על ידי אחרים ולא על ידי עצמו.

המטרות שהוא מציב לעצמו הן בלתי אפשריות במהותן, משום שעד כמה שיהיה האדם טוב בשטח מסוים, תמיד יימצאו אחרים שהם טובים ממנו. לכן טפשי ובלתי הגיוני להשוות את עצמך לאחרים, אשר אין לך שליטה על ביצועיהם.

יתר על כן, במקרים רבים אין לך שליטה גם על ביצועים שלך ועל הישגים, וברדאי שלא על תכונותיך. אין זה בידך למשל, להיות יפה אם אינך יפה, או פסנתרן - אם לא ניחנת בחוש שמיעה. לכן אין טעם לדאוג ולעסוק יתר על המידה בדברים בלתי ניתנים לשליטה מסוג זה.

4. האמונה שעליך להיות המוצלח ביותר מביאה לסטייה מהמטרה - להיות מאושר. פירושו גלות על ידי התנסות, מהם הדברים המחננים אותך, והנותנים לך את הגמול הגדול ביותר, ולבצע דברים אלה במשך חיך.

במקום המחשבה הבלתי הגיונית שמן ההכרח שאדם יצליח בכל התפקידים והמצבים בחייו, הגיוני יותר לחשוב בדרכים הבאות:

1. על האדם לנסות לעשות דברים, בין אם נסיונות אלה מצליחים ובין שלא, עליו להתמקד בהנאה מעצם העשייה ולא רק מן התוצאה של מעשיו.

2. כאשר אדם מנסה לעשות משהו היטב, עליו לשאוף לעשות זאת למען עצמו, ולא למען אחרים. עליו להיות מעורב בתוצאות עבודתו באופן אמנותי, אסתטי ויצירתי. להנות מעצם העשייה.

3. כאשר רוצה האדם להצליח, אין זה הגיוני להתעקש, שהוא צריך תמיד להצליח באופן מושלם. על האדם לשאוף לטוב ביותר שהוא מסוגל, ולא לטוב ביותר האפשרי.
4. על האדם לשאול את עצמו מדי פעם: האם שאיפותיו הן להשיג הישג לשמו, או להשיג את רצונו להשיג בפני עצמו. כפי שחראינו, זוהי שאיפה בלתי רציונלית.
5. אם ברצוננו להצליח בתפקיד או בפתרון בעיה, צריך אדם לדעת לקבל את שגיאותיו, ואת כשלונותיו ולא לפחד מפניהם, כי מן השגיאות לומדים. אדם צריך להבין את ההכרחיות שבתרגול, ובתרגול כושל לפעמים יצטרך לכפות על עצמו לעשות את הדברים שמהם הוא מפחד. אדם צריך לקבל ולחבין את העובדה, שכל בני האדם מוגבלים, לכן גם לו יש מגבלות מסוימות.

רעיון בלתי הגיוני מס' 6

"אם משחו מסוכן או מפחיד, יש לחשוב עליו ולדאוג, שמא יתרחש".

רוב האנשים בחברתנו מאמינים, שאם משחו מסוכן או מפחיד עלול לקרות להם, עליהם לדאוג ולחשוש מפניו.

זהו רעיון בלתי הגיוני מהסיבות הבאות:

1. יש להיות מוכנים לקדם פני סכנה, ולתכנן באופן אובייקטיבי ואפקטיבי כיצד למנוע אותה, אולם על ידי דאגה, חרדה ופחד משיגים את ההיפך. דאגת יתר מביאה לכך, שאדם אינו יכול לחבין בין הסכנה האמיתית, לזו שבדמיונו, והוא נוטה להגזים בעצמתה.
2. דאגת יתר מפני המאורע המפחיד העתיד להתרחש לא תמנע את התרחשותו, אלא, אדרבה - לעיתים היא מחישה אותו או גורמת לו, למשל, דאגת יתר מפני תאונה במכונית, יכולה לגרום לעצבנות, וזו כשלעצמה עלולה להביא לתאונה.
3. דאגת יתר מפני מאורע מסוכן, מביאה להגזמה בסיכויי להתרחש. למשל, אם אתה מפחד מתאונה במטוס, אתה מתאר לעצמך שדבר זה עלול לקרות לך ממש, למרות שלמעשה, הסיכוי שהדבר יקרה לך הוא 1:100,000 בלבד. לפיכך, יש לדאגה זו בסיס קלוש, ובלתי מציאותי.
4. יש שאדם מפחד מפני מאורעות בלתי נמנעים, כגון: מוות או מחלה. כאן הדאגה והחרדה בודאי מיותרות, משום שאין להן כל השפעה על הסיכויים של התרחשות מאורעות אלה.

להיפך, הדאגה והחרדה מפני המאורעות מעוותים גם את התקופה הקודמת להם וכך יוצא האדם נפסד. לדוגמה, אם אתה מפחד מפני המוות, חרדתך לא רק שלא תשפיע על דחיית מאורע זה, אלא תאמלל אותך בשנים שעוד נותרו לך לחיות. אולם אם תקבל את העובדה הבלתי נמנעת הזאת, ותשלים עימה - תוכל ליהנות מזמן זה.

וכך, במקום להכשיל את השגת מטרותיו על ידי פחדים ודאגות מוגזמים, צריך האדם הרציונלי ללמוד לחתייחס נכונה למכשולים ולסכנות אפשריות.

עליו לומר לעצמו את הדברים הבאים:

1. רוב דאגותי אינן נגרמות על ידי סכנות חיצוניות, אלא על ידי דברים שאני אומר לעצמי (כגון "זה יהיה נורא, אם דבר כזה יתרחש", או "זה יהיה מפחיד אם לא אוכל להתמודד עם בעיה זו). עליו לבחון את המשפטים הפנימיים המגוימים בעוצמת הסכנה או האסון, ולשנותם למשפטים הגיוניים יותר. למשל: "יהיה זה אמנם רע אם דבר כזה יתרחש, אבל לא נורא ואיום, ואני מסוגל להתמודד עם הדבר".
2. עליו לשכנע את עצמו שפחדיו האי רציונליים אינם עוזרים לו במניעת סכנות ובדרך כלל השפעתם הפוכה - הם גורמים ליותר חרדה ובעיות, מאשר עצם המאורעות שמהם הוא מפחד.
3. עליו להבין, שמרבית פחדיו אינם אלא הסוואה לפחד, מפני מה שאחרים חושבים עליו. אי לכך, עליו לתקוף פחד זה משום שהוא אי רציונלי ומקורו בחרדות מימי הילדות.
4. עליו להרבות לעשות את הדברים שמהם הוא מפחד ביותר, למשל, לדבר בציבור, לפנות אל הממונים עליו, "להתחיל" עם משהו מבנות המין השני ולעמוד על זכויותיו, כדי להראות לעצמו שאין בפעולות אלה דבר מפחיד.
5. עליו לא להיבהל, כאשר חוזרים אליו פחדים שעליהם התגבר בעבר. יש לחשוב עליהם ולחזור ולגלות את מקורותיהם האי רציונליים, ובדרך זו לסלקם.

רעיון בלתי הגיוני מס' 7

"קל יותר להימנע מקשיים מאשר להתמודד עימם"

אנשים רבים מרגישים, שקל יותר לעשות רק את הדברים ה"באים בקלות". הם מאמינים, שיותר קל להימנע מקשיים ומנטילת אחריות.

זהו רעיון מוטעה מהסיבות הבאות:

1. כאשר עושים רק את הדברים הקלים, זוכים אומנם בהקלה הרגעית הנובעת מהימנעות מקושי, אך בכך מתעלמים מן התוצאות והבעיות המתעוררות לטווח ארוך. למשל: אם אתה מהסס לנשק נערה מתוך חשש שהיא תדחה אותך, ואתה מחליט במקום זה לבטל את הפגישות עימה, אתה חש הקלה ברגע שהגעת להחלטתך, אולם אחר כך הרגשתך תהיה גרועה, משום שתדע שלא העזת להגשים את רצונך, ואתה עלול להביא על עצמך בכך, אומללות ממושכת.
2. המאמץ שמשקיעים בהימנעות מהחלטה, הוא לכאורה פעוט, אך לאמיתו של דבר, לטווח ארוך, המאמץ גדול יותר - אתה משקיע שעות במחשבות בהתלבטויות ובתכנון, עד שאתה מחליט שלא לבצע דבר מה שיש עמו תגמול. אי הנעימות הנגרמת מכך, עלולה, בסופו של דבר, להיות גדולה יותר מאשר אי הנעימות שאתה מדמה, שהיתה נופלת בחלקך אילו החלטת בחיוב.
3. בטחון עצמי, נרכש על ידי עשיית דברים ולא על ידי הימנעות מהם. אנחנו בטוחים בכוחנו לעשות דבר, משום שבעבר הצלחנו באספקטים שונים הדומים לו. אך מי שמבלה את זמנו בהימנעות מבעיות קשות או מאחריות, חייו יהיו אולי קלים, אבל הוא ירכוש לעצמו פחות בטחון עצמי.
4. מחקרים שונים הראו, כי ההנחה, שהאנשים מאושרים ביותר, כאשר הם שלווים, נינוחים ופאסיביים, היא מוטעית. אנשים מאושרים דוקא כאשר עומדת לפניהם מטרה, שלהשגתה הם פועלים, ותהיה זו מטרה ארוכת טווח בתחום האומנות, המדע, העסקים או כל דבר אחר. לעומת זאת, חיים קלים ללא אחריות יכולים לספק באופן זמני, ביחוד כאשר מדובר בחופשה מחיים אקטיביים, אבל אין בהם תגמול לטווח ארוך. החיים הם ביסודם פעילות, תנועה, חויה ויצירה, והאדם מפסיד הרבה סיפוק אם הוא מתרכז בהימנעות מבעיות ואתגרים. במקום הימנעות מקשיים, מאתגרים ומאחריות, צריך האדם הרציונלי לנקוט את הצעדים הבאים:
1. עליו לעשות את הדברים שהוא מוכרח לעשות, ולחשוב על הדרכים האינטליגנטיות האפשריות כדי להימנע מאספקטים בלתי נעימים של דברים שאינו צריך לעשות. הוא יכול לכפות על עצמו לעשות דברים הכרחיים על ידי שישכנע עצמו בחשיבותם, ויכפה על עצמו לעשותם במהירות האפשרית.

2 אם הוא מסרב להתמודד עם בעיות מסוימות או לקחת על עצמו אחריות, עליו לקבל את העובדה, שאין סירוב זה נובע מ"טבעו" או מ"תורשתו", אלא ממשפטים שהוא אומר לעצמו המעוררים חרדה מוגזמת או התמרדות. עליו לגלות משפטים אלו, ולהחליפם באחרים, הגיוניים יותר.

3 יש להיזהר שלא להגזים ב"תיקון" הדרכים: אין לעשות דברים קשים מדי, ולהפריז בדרישות מעצמו (דבר הנובע מהאשמה עצמית), על האדם לעזור לעצמו בשליטה עצמית על ידי שיקבע לעצמו תוכניות עבודה, יציב תת מטרות הגיוניות, ויחזור לתגמולים שונים. אולם גם בשליטה עצמית, אין להגזים.

רעיון בלתי הגיוני מס' 8

"האדם צריך להיות תלוי באחרים, וצריך משהו חזק ממנו כדי להישען עליו."

למרות שאנו דוגלים בחופש ובעצמאות, רבים מאמינים שהם צריכים להיות תלויים במשהו שהוא חזק מהם, ואשר אפשר להישען עליו. זהו רעיון אי רציונלי מחסיבות הבאות:

1. נכון שכולנו תלויים במידה מסויימת באנשים אחרים (מטבע הדברים בחברה האנושית), אבל אין להגזים בנטייה זו. רצוי לפעול מתוך שיתוף פעולה עם האחרים, אך יש להמעיט ככל האפשר לשרתם, ולהיות תלויים בהם.

2. ככל שאתה תלוי באחרים, אתה צריך לוותר יותר על דברים שאתה רוצה לעשותם. אתה עושה דברים שהם רוצים שתעשה בגלל תלותך בהם. תלות עומדת ביחס הפוך לאינדיבידואליזם ולעצמאות, לא תוכל להיות בעל אישיות עצמאית משלך, ובו בזמן תלוי באחרים.

3. ככל שאתה תלוי באחרים שיעשו דברים בשבילך, כן פחות נוטה אתה לעשות דברים אלה בעצמך. בכך נוצר מעגל קסמים, המביא אותך ליתר תלות, ולפחות בטחון עצמי, ויותר חרדה אם אחרים עושים למענך דברים, אתה מפסיק לעשותם בעצמך, מאבד את בטחונך, ונעשה עוד יותר תלוי בהם.

התלות באחרים ובחסדיהם, היא למעשה תלות בגורמים חיצוניים, שאין לך שליטה עליהם. לעומת זאת, אם אתה מסתמך על עצמך, אתה יכול ללמוד משגיאותיך ולהתפתח. לכן, במקום להיות תלוי באחרים צריך האדם לשאוף לעמוד על רגליו, לחשוב את מחשבותיו, ולפעול את פעולותיו.

- א. עליו לקבל את העובדה, שמבחינות מסוימות הוא תמיד בודד בעולם. דבר זה אינו בהכרח נורא, ואין זה נורא שאדם מחליט את החלטותיו, גם אם האדם תברותי, ומשתף פעולה עם האחרים, רק הוא יודע את רצונותיו ואת צרכיו, ורק הוא עצמו יכול להתמודד עם בעיותיו.
- ב. עליו ללמוד, שאין זה נורא ואיום להיכשל בחשגת מטרות מסוימות. הכשלונות אינם גורעים מערכו של האדם. מכשלונות אפשר ללמוד. על האדם לשאוף להשיג את מה שהוא רוצה בחיים, וגם אם סיכוייו לכך קלושים, עליו לאמץ לעצמו את הפילוסופיה, שטוב לקחת את הסיכון ולשגות, מאשר להתמכר לאחרים.
- ג. עם זה, אל לו לסרב באופן הגנתי לכל עזרה מאחרים, רק כדי להוכיח עד כמה הוא "חזק" ובלתי תלוי באחרים. כשהדבר נחוץ והכרחי, עליו לדעת לקבל עזרה מאחרים, אולם כשאין הדבר הכרחי - יש לדחותו.

רעיון בלתי הגיוני מס' 9

"העבר (תולדות החיים) של האדם, הוא הגורם החשוב ביותר בהתנהגותו בהווה, ולכן כל דבר שהשפיע עליו מאוד בעבר, ישפיע עליו תמיד באופן דומה".

בהנחה זו יש כמה אלמנטים אי רציונליים, ואלה הם:

1. אם אתה מרשה לעצמך להיות מושפע מעברך אתה שוגה בהכללת יתר. אתה מניח, שאם הדבר היה נכון בתנאים מסוימים, הוא נכון בכל התנאים. למשל: ייתכן שבעבר לא יכולת לעמוד על זכויותיך בפני מבוגרים (בגלל סיבות שונות, כגון הצורך להגן על עצמך), אך אין זאת אומרת, שמצב זה צריך להימשך תמיד. התנאים שהיו קיימים בעבר, אינם בהכרח קיימים עכשיו!
2. לפעמים משתמשים בהשפעת העבר כתירוץ כדי לא לשנות דברים בהווה. נוח יותר שלא לנסות פתרונות חדשים ולהיתלות בסיבה של השפעת העבר. אך גישה זו יוצרת מעגל קסמים שקשה להיחלץ ממנו, וברדאי שאינה מסייעת לפתרון הבעיות.
3. לעיתים מסרבים באופן קיצוני לעשות דברים או לשנותם רק מתוך התנגדות או מרידה כנגד מישהו בעבר. למשל: יש המסרבים ללמוד, כי בילדותם לחצו עליהם הוריהם ללמוד, והם ממשיכים כיום בהתנגדות להורים. הם פועלים איפוא, לא לפי רצונותיהם, אלא בתגובה לדמויות בעבר.

4. האדם הלא רציונלי אומר: "מכיוון שלמדתי בילדותי להתנהג באופן מופרע, לא אוכל להשתנות, ולכן אני מוותר על כל מאמצי ואשאר מופרע". אך צריך לומר: "מכיוון שלמדתי בילדותי להתנהג באופן מופרע, קשה לי מאוד לשנות התנהגות זו (אך לא בלתי אפשרי!).

כלומר: התנהגות בלתי רציונלית היא לייחס לעבר משקל מכריע ולבטל את אפשרות האדם לשנות דברים, גם אם תהליך השינוי הוא קשה במקום להפריז במשקל העבר, צריך האדם הרציונלי לקבל את ההנחות הבאות:

א. עליו לקבל את העובדה שהעבר חשוב, והוא ללא ספק מושפע ממנו, אולם עליו לדעת שההווה הוא העבר של מחר. שינוי בהווה ישנה את המחר.

ב. במקום להמשיך ולעשות דברים באופן אוטומטי, משום שכך עשה אותם בעבר, צריך האדם לעצור ולחשוב. עליו לשכנע את עצמו, שאין השפעת העבר קבועה ומתמדת, והוא יכול לפעול באופן מעשי לשינוי התנהגותו.

למשל: אם אדם מפחד מכלבים משום שבילדותו נשך אותו כלב, עליו לבדוק את מידת ההגיון במשפטים שהוא אומר לעצמו. האם יש הגיון לפחד מכל הכלבים, בגלל כלב אחד שנשך אותו? האם מקרה אומלל אחד מספיק כדי לשכנע אותו? לאחר שהשתכנע בחוסר ההגיון של המשפטים שהוא אומר לעצמו, עליו להתקרב בהדרגה לכלב ולהיזכר באי הרציונליות של פחדיו.

זאת כמובן רק דוגמה, אך היא מתאימה לפחדים רבים.

רעיון בלתי הגיוני מס' 10

"צריך לקחת ללב" בעיות והפרעות של אחרים"

רבים חושבים, שמה שאנשים אחרים עושים או מאמינים, חשוב מאוד לקיומם. ולכן, עליהם להתרגש מתבעיות וההפרעות של האחרים.

בכך יש טעות מהסיבות הבאות:

1. למעשיהם של רוב האנשים האחרים, אין קשר למה שאנחנו עושים, ולכן, אין טעם להתרגש מהעובדה, שחם מתנהגים באופן שונה.

2. אם אנו רוצים לשנות אותם, נוכל לעשות זאת באופן אפקטיבי, רק אם לא נתרגז או נתרגש.

3. לפעמים אנו רוגזים על התנהגותם של אחרים, בגלל הפירוש שאנו נותנים להתנהגותם כלפינו. למשל: אם מישחו אינו מנומס, ואנו מתרגזים עליו, הסיבה לרוגזינו הוא המשפט שאנו אומרים לעצמנו: "איך הוא יכול היה לעשות זאת ליו" - לי, שהכל צריכים לכבד ולאהוב. משפט זה מבטא אי יכולת לקבל את המציאות, ובעצם, הוא הגורם לנו לרוגז ולאי הנימוס של הזולת.

4. כאשר אנו מתרגזים על אחרים, אנו בעצם מאמינים, שלהתרגזותנו יש כוח השפעה עליהם. זוהי חשיבה מאגית. יש לנו אמנם כוח לשנות את עצמנו, אבל מעט כוח לשנות את האחרים. בהתרגזות אנו מעניקים להם תשומת לב, שאולי אותה רצוי להשיג בהתנהגותם, אך איננו משנים את דרכיהם.

5. כאשר אנו מתרגזים על מה שאחרים עושים, אנו סוטים מהדבר העיקרי שלו אנו צריכים לדאוג - מה שאנו עושים וכיצד אנו מתנהגים. האשמת אחרים וחרוגו עליהם, הוא לפעמים תירוץ, כדי לא לטפל בבעיותינו-שלנו.

א. עלינו לשאול את עצמנו, האם התנהגות האחרים "שווה" שנתרגז עליה? עלינו להיות מעורבים בבעייתם, רק כאשר הם באמת חשובים לנו, ואנו מאמינים שביכולתנו לעזור להם לשנות את דרכיהם, וכן, כאשר דאגתנו עוזרת להם.

ב. כאשר האנשים החשובים לנו מתנהגים רע, אל לנו להתרגז, אלא, להראות להם את שגיאותיהם באופן שלו ואובייקטיבי, ולעזור להם להתגבר עליהן (ראה רעיון מס' 3).

ג. אם איננו יכולים בשום אופן לשנות את התנהגותם של אחרים, עלינו לא להתרגז, אלא להתעלם מהתנהגות זו, ולהפיק את המירב האפשרי מן המצב.

רעיון בלתי הגיוני מס' 11

"קיים פתרון אחד ויחיד שהוא הנכון, המושלם והמדויק לכל הבעיות האנושיות, ורע מאוד, איום ונורא, אם אין מוצאים פתרון זה".

אנשים רבים מאמינים שעליהם למצוא פתרונות מושלמים לבעיות הניצבות בפניהם, ושאין הם יכולים להתקיים באושר, בעולם שאינו מושלם.

שאיפה זו לשלמות מוחלטת, לאמת מוחלטת, היא בלתי הגיונית ביותר מהסיבות הבאות:

1. פילוסופים רבים בני זמננו הראו, שאין אמת מוחלטת, מושלמת, בטוחה בעולמנו. אנו חיים בעולם של הסתברות ומקריות, ולא נוכל להיות בטוחים בדבר שהוא מתוך לעצמנו. בעולם

כזה השאיפה לאמת ולבטחון מביאה לציפיות מוטעות; אשר מהן נובעים רגשי חשש וחרדה. לכן הדבר חבירא וההגייוני ביותר הוא, לקבל את המציאות כפי שהיא. כדאי להימנע מלומר משפטים כגון:

"אני צריך לדעת את האמת עד הסוף".

"אני צריך לשלוט בזה באופן מושלם".

"אני חייב להגיע לפתרון מושלם לכל בעייה".

2 אנשים מדמים לעצמם שיהיה זה אסון אם לא ימצאו את הפתרונות ה"נכונים" לבעיותיהם, או אם לא ישלטו בדבר באופן מושלם. ה"אסונות" הללו, אין להם קיום אובייקטיבי. הם יתרחשו רק אם אתה עצמך חושב שיהיה זה איום ונורא אם לא תפתור את בעיותיך באופן מידי, או מושלם. המחשבות שהכרח מידי הוא לפתור את הבעיות, הן היוצרות את הקטסטרופה, הן המביאות אותך לפניקה או להרגשת חוסר אונים, כאשר אינך מוצא פתרונות מידיים לבעיותיך.

3 השאיפה לשלמות ולדיוק (פרפקסיוניזם) מצמצמת את יכולת האדם למצוא פתרונות, והוא משיג את המטרה ההפוכה.

למשל: אם ניתן ללמוד לנגן על פסנתר בדרכים שונות, ואתה מתעקש שאתה מוכרח ללמוד לנגן אצל מורה מסוים, ובשום אופן לא אצל שום מורה אחר - רבים הם הסיכויים שלא תלמד כלל!

במקום להתעקש ולבזבז זמן בחיפוש אחר פתרון מהיר ומושלם לכל בעיה, צריך האדם הרציונלי לטפל בבעיותיו בצורה הבאה:

1. כאשר הוא נתקל בבעיה משמעותית, עליו לנסות למצוא מספר פתרונות אפשריים, ולבחור מביניהם את הפתרון המעשי ובר הביצוע ולא את הפתרון המושלם. ואין הכוונה לכך, שיחשוב על כל הצדדים האפשריים של כל אלטרנטיבה, משום שבדרך זו לא יגיע לעולם לידי קבלת החלטה. עליו לקבל את ההכרח שבפשרה. יש להגיע להחלטות תוך זמן סביר, אחרי חשיבה ושיקולים סבירים (אך בשום אופן לא מוגזמים).

2. עליו לקבל את העובדה, שהחלטות או תוכניות קיצוניות במקרים רבים (אם כי לא תמיד), אינן טובות ואינן ברות ביצוע, עליו להביא בחשבון דעות מתונות, אשר מקומן באמצע, בין שתי האלטרנטיבות הקיצוניות שאותן הוא שוקל. במקרים רבים ההחלטה כרוכה במציאת שביל הזהב, ולא בבחירת אלטרנטיבה קיצונית.

3 על האדם לקבל את העובדה, שטענות לעולם חוזרת. גם הוא עצמו שגה וישגה פעמים רבות, ושגיאות אלו אינן צריכות לגרוע מהערכתו העצמית. אדם לומד על ידי ניסוי וטעיה, ומשום כך, צריך האדם הרציונלי להיות פתוח, לנסות תוכניות חדשות, ולבחור באופן פרגמטי (תועלתני) פתרונות חדשים לבעיות.

ביבליוגרפיה

1. Albert Ellis, *How to live With a Neurotic*, New York, 1957.
2. Albert Ellis, *Sex Without Guilt*, New York, 1958.
3. Albert Ellis and Robert A. Harper, *A Guide to Rational Living*, Englewood Cliffs, N.T. 1961.
4. Albert Ellis and Robert A. Harper, *Creative Marriage*, New York, 1961.
5. Albert Ellis, *Reasons and Emotion in Psychotherapy*, New York, 1963.

דפי הערכה ומשוב

לחברי היועצים שלום,

התוכנית לשיפור התמודדות בני נוער במצבי מצוקה נמצאת, כזכור לכם בדואר, בשלב של ניסוי ושיכתוב.

אתם המתנסים השנה בהפעלת התוכנית אמורים לסייע במשוב ובהערכה על פיהם יוכנסו שינויים, תוצאנה ותתוספנה פעילויות והתוכנית תהפוך ל"עשירה" יותר והולמת יותר לצרכי הקבוצות השונות של התלמידים.

על מנת להיות יעילים וענייניים, המשוב מכם הינו מובנה ונוסח בצורת שאלונים. כל השאלונים הנמצאים בתיק שבידכם חוברו מתוך כוונה שניתן יהיה, מהידע והנסיון המצטבר בידכם, להפיק המירב.

בתיק 5 שאלונים על פי הפרוט הבא:

שאלון בית ספר כשמו כן הוא... יופק ממנו מידע כללי ביותר לגבי בית הספר בו הופעלה התוכנית.

שאלון ביתה ממנו יופק מידע לגבי ההקשר החינוכי הספציפי, על כל איפיוניו, שבו הופעלה התוכנית.

שאלון ליועצ/ת בו אתם מתבקשים למסור מספר פרטי מידע מאוד מאוד כלליים המתייחסים לותק ונסיון מקצועי.

את שלושת השאלונים לעיל יש למלא רק פעם אחת. נראה כי המענה עליהם פשוט ולא נוזל זמן רב.

שאלון הערכת הפעילות שאלון זה הינו "לב ליבו" של המשוב!! משוב מפורט מכם הינו בסיס לשינויים, שיפורים, שיכתובים, תוספות, שיפורים וכו'. שאלון זה יש למלא, כמובן, לאחר כל פעילות. אנא, עשו זאת מיד לאחר הפעילות כל עוד ההתרשמות טרחה.

שאלון לתלמיד
 הואיל וככלות הכול התוכנית מיועדת לתלמידים, חשוב עד מאוד לקבל את תגובתם. השאלון אנונימי, קצר, קל למילוי ומנוסח בשפת התלמידים (נקוה כך!). ניתן למלא אותו בסוף כל פעילות, אך לפחות מלאו אותו בסוף הפעילות ה..... . בידכם דוגמה של השאלון ועליכם לדאוג לשכפל אותו על פי מספר התלמידים בכיתה/כיתות עימן עבדתם.

בעת שהתלמידים ימלאו השאלון חורו להם לציין בתחילת השאלון את מספר הפעילות - כך שאפשר יהיה לדעת על איזו פעילות ספציפית הם השיבו!

בכל השאלונים מופיעות שאלות סגורות ופתוחות. בשאלות הסגורות יש לסמן עיגול סביב התשובה הקרובה ביותר לדעתכם. ניתן להוסיף בשוליים כל הערכה והארה הנראית לכך. בשאלות הפתוחות הושארו שורות ריקות בהן תביעו דעתכם.

הואיל ומטרת השאלונים הינה אך ורק משוב על התוכנית, אנא, ראו אותה כ"התכתבות פנימית" בינינו והרגישו חופשיים להוסיף כל אשר יש ברצונכם לומר.

לסיכום, אין ספק כי מילוי השאלונים הינו טורח הגוזל זמן (שתמיד כל כך חסר לנו!). יחד עם זאת בודאי תסכימו כי רק דרך מובנית זו של "הערכה מעצבת" מאפשרת הכנת תוכנית ממנה יפיקו התלמידים תועלת, ואנו חיועצים נהנה להפעיל.

תודה על שיתוף הפעולה!!!

ב ב ר כ ה

רחל אהרד

מאפייני בית ספר

א. מידע כללי

1. שם בית הספר _____ 2. היישוב _____
3. מספר כיתות בבית הספר _____ 4. מספר תלמידים _____
5. סוג בית הספר (יש לעגל התשובה הנכונה).

(א) יסודי	(ב) ממלכתי	(ג) עירוני	(ד) רגיל
חטיבת ביניים	ממלכתי דתי	מקיף	פנימיה
חטיבה עליונה	קיבוצי	מקצועי	
	התישבותי		

אחר, איזה _____

ב. אוכלוסית התלמידים

1. המאפיינים חברתיים-כלכליים של רוב משפחות התלמידים:

(א) מעמד כלכלי	(ב) מוצא עזתי
נמוך	רוב רובם ממוצא מערבי
בינוני-נמוך	רובם ממוצא מערבי
בינוני	כמחצית ממוצא מערבי
בינוני-גבוה	רובם ממוצא מזרחי
גבוה	רוב רובם ממוצא מזרחי

2. מאפיינים לימודיים של מירב אוכלוסית התלמידים:

(א) יכולת שכלית-לימודית	(ב) הנעה-פנימית להישגים לימודיים
גבוהה	גבוהה
מעל בינונית	מעל בינונית
בינונית	בינונית
נמוכה מבינונית	נמוכה מבינונית
נמוכה	נמוכה

ג. התנהלה והמורים

1. תפיסת המנהל והמורים את ה"מטרה המרכזית" של ביה"ס:
 הדגש חזק של הישגים לימודיים.
 שילוב של הישגים לימודיים ופעילויות חינוכיות חברתיות.
 הדגש חינוכי מרבי-חברתי.
 חסבר נוסף:

2. מהי עמדת מנהל ביה"ס לגבי הפעלת תוכניות מניעה "יעוציות חינוכיות"?
 * יוזם ותומך נלהב.
 * מגיב בחיוב ליוזמות היעוץ.
 * פסיבי.
 * מתנגד אך "בר שכנוע".
 * מתנגד מאוד.

ד. אקלים בית-הספר

1. שיתוף פעולה _____ תחרותיות _____
 פתיחות _____ סגירות _____
 אורח דמוקרטי _____ סמכותיות _____
 מעורבות _____ ניכור _____
 אפורמליות _____ פורמליות _____
 אכפתיות _____ אדישות _____
 שביעות רצון מבית הספר _____ אי שביעות רצון _____

2. האם היו בעבר בביה"ס גילויי התנהגות אובדנית של תלמידים? כן / לא
 אם כן, פרט:

3. האם השנה מופעלות תוכניות מניעה מכל סוג שהוא? כן / לא
 אם כן, איזה:

4. לכל בית ספר, בנוסף למאפיינים שנבדקו לעיל, יש בודאי עוד איפיונים ייחודיים לו. חשורות הבאות נועדו לתאור איפיונים אלה:

מאפייני הכיתה

מיקבץ השאלות הבא מתייחס ספציפית לכיתה/כיתות בהן נוסתה התוכנית.

1. דרגת הכיתה _____ 2. מגמה/מסלול _____
3. מספר התלמידים _____ (מחס _____ בנים _____ בנות).
4. מאפיינים לימודיים וחברתיים של הכיתה:

- | | |
|---|--|
| <p>א. יכולת שכלית-לימודית</p> <p>גבוהה</p> <p>מעל לבינונית</p> <p>בינונית</p> <p>נמוכה מבינונית</p> <p>נמוכה</p> | <p>ב. הנעה פנימית להישגים לימודיים</p> <p>גבוהה</p> <p>מעל לבינונית</p> <p>בינונית</p> <p>נמוכה מבינונית</p> <p>נמוכה</p> |
|---|--|

5. אקלים חברתי של הכיתה

- כיתה מלוכדת _____ כיתה מפוצלת _____
- שיתוף פעולה בין התלמידים _____ תחרותיות בין התלמידים _____
- שיתוף פעולה עם המורים _____ אי שיתוף פעולה עם המורים _____
- איכפתיות _____ אדישות _____
- מעורבות _____ ניכר _____
- שביעות רצון מהכיתה _____ אי שביעות רצון מהכיתה _____

6. מה היו השיקולים שלך בבחירת כיתה זאת:

- א. _____
- ב. _____
- ג. _____

7. האם לתלמידי הכיתה התנסות קודמת בעבודה על תוכניות מציעה. כן/לא

אם כן, פרט: _____

8. מבנה (דפוס, מתכונת) העבודה עם הכיתה:

א. המסגרת	ב. הזמן
כל הכיתה	שיעור חברה בזמן "מילוי מקום"
חצי כיתה	במקום שיעור במקצוע אחר
אחר	

9. באם הכיתה חולקה לקבוצות (שתיים או יותר), מה היתה מתכונת העבודה? לדוגמה: חצי כיתה הולכת מוקדם הביתה, המחנכת עבדה עם הקבוצה השניה וכיוצא בזה.

10. מקום מחנך הכיתה בתוכנית כפי שמופיע על ידך:
 שותפת מלאה בהנחיה.
 צפיה בהנחיה הנעשית על ידך.
 לא משתתף אך מדווח על ידך.
 בכלל לא שותף בפעילות.

שאלון ליועץ

1. **שם** _____
2. **מסי שנות וותק מקצועי ביעוץ בכלל** _____
3. **ובבית ספר זה** _____
4. **האם למדת הנחייה קבוצות?**
אם כן, באיזו מסגרת ומה היה משך הלימודים?

5. **האם התנסית בעבר בהנחייה קבוצתית?**
אם כן, פרט ההתנסות:

6. **האם התנסית בהפעלת תוכניות מניעה?**
אם כן, פרט ההתנסות:

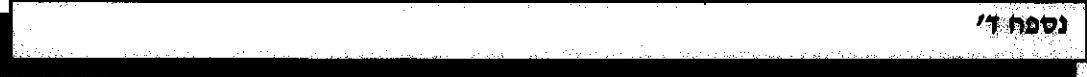
הערכת הפעילות

1. תאריך _____ 2. פגישה מס' _____
3. המסגרת של הפעלת התוכנית:
 התוכנית הועברה בנושא בפני עצמו.
 התוכנית שולבה בתוכנית מניעה אחרת (למשל גיל ההתבגרות, מעברים וכו').
 פירוט ההקשר: _____

4. הפעילות נעשתה בשיעור זה:
 א. תרגיל מהחוברת ששונה על ידך. פירוט: _____

 ב. תרגיל שפיתחת בעצמך. פירוט: _____

5. מה היו שיקוליך בבחירת הפעילות/התרגיל?
 א. _____
 ב. _____
 ג. _____
6. תאור מפורט של מהלך הפעילות (נקודות להתייחסות: משך הפעילות, מה נאמר בהתחלה, מה היו החוראות שניתנו לתלמידים, האם התלמידים חולקו לקבוצות קטנות, האם נערך דיון לסיכום וכו'): _____



7. אילו קטעים ממהלך העבודה היו לדעתך הטובים ביותר?

8. אילו קטעים ממהלך הפעילות "לא עבדו"?

שאלון משוב לתלמיד

השיעור שזה עתה הסתיים, הוקדש לפעילות שונה (אחרת) מהשיעורים הרגילים. משרד החינוך מעונין לבדוק אם כדאי (רצוי, ראוי,...) שפעילות כזאת ודומות לה תחיינה לחלק קובע בתוכנית הלימודים.

על כן חשוב מאוד לדעת מה חושבים התלמידים על כך.

לפניך מספר שאלות. אנא ענה על כולן. תודה על עזרתך. אין צורך לרשום את שמך וענה בכנות (מה שאתה חושב).

1. הפעילות שנעשתה עתה בכיתה היא:

במידה מעטה	במידה בינונית	במידה רבה	
			א. מעניינת אותך
			ב. חשובה לך
			ג. נהנית ממנה
			ד. עזרה לך
			ה. דיברה אליך

2. מה הכי מצא חן בעיניך בזמן הפעילות:

3. מה לא מצא חן בעיניך בזמן הפעילות:

4. מה היתה לדעתך מטרת השיעור:

5 האם לדעתך רצוי שבבית הספר יוקדש זמן לנושא שעסקתם בו:

- א. רצוי מאוד.
- ב. בדרך כלל רצוי.
- ג. לא כל כך רצוי.
- ד. בכלל לא רצוי.