

הטיפול הטיפולי - קצר אך לא מקוצר

טיפול דינאמי קצר מועד - טדק"מ

ד"ר יעקב יבלון

כדי להעביר את אחד המסרים העיקריים במאמר, בהתייחס לטיפול דינאמי קצר מועד, אשאיל את האנלוגיה הספרותית בה משתמש Barasch [1] דרכה הוא מקביל את היחסים בין טיפול דינאמי ארוך וקצר, ליחסים שבין הנובלה והסיפור הקצר. הטיפול הקצר אינו התחלה של נובלה שננטשה, הוא אינו פרק פותח של הנובלה והוא אינו נובלה מלאה שבאופן מאגי צומצמה בהיקפה. הטיפול הקצר הינו ז'אנר ספרותי מובחן ועשיר, העומד בזכות עצמו. הוא חולק כמה מאפיינים עם הז'אנר הארוך, אך הוא בעל מאפיינים ייחודיים משלו. יותר מכך היחסים ביניהם אינם של תחרות או עוינות. הטיפול הקצר אינו תחליף לנובלה. אף כותב של סיפור קצר לא יטען, שהנובלה הינה בזבוז של זמן ומאמץ או שהטיפול הקצר הינו רדוד וחסר ערך כדי להתמודד עם חומר, שרק הנובלה יכולה לטפל בו.

כאשר אנו מקבילים הבנות אלה, אל מערכת היחסים שבין הטיפול הדינאמי הארוך והקצר, ניתן להבחין שהמובן מאליו בתחום הספרותי, אינו כך בתחום הטיפולי. טיעונים הנראים מגוחכים בתחום הספרותי, מקבלים לכאורה תוקף בתחום הטיפולי ובעיקר בשדה הטיפולי הדינאמי.

בעוד שגישות תיאורטיות אחרות מזוהות עם האופציה של טיפול קצר, ולעיתים נדמה שהן עוסקות רק בטיפול קצר, הטדק"מ נתקל ברצף של התנגדויות ומאבקים משחר לידתו, כשהוא נאבק בהתייחסות אליו כבן חורג ולא לגיטימי של הטיפול הארוך, כ second best ועוד.

ויצטום ודנסברג [2], נוי שרב [3] ו Hoyer [4] מציגים רשימה ארוכה של קשיים העומדים למכשול ויוצרים התנגדויות לקבלת הגישה מצד המטפלים. בהסתמך על ריכוז מאמרים בנושא, ויצטום ודנסברג מחלקים התנגדויות אלה לספציפיות ולא ספציפיות. **ההתנגדויות הלא ספציפיות** כרוכות בלמידה של חומר חדש ומורכב באשר הוא. **ההתנגדויות הספציפיות מבוססות על:**

- א. התנגדויות קוגניטיביות גלויות ומבוססות, כמו טענות מתודולוגיות בקשר למחקר, תוצאות או שיטות הבחירה של המועמדים לטיפול.
- ב. התנגדויות קוגניטיביות למחצה: שורה של התנגדויות, המבוססות על הנחות השאובות מהרקע התיאורטי של הטיפול הארוך וחלק מהן אף תקף בנסיבות אלה, אך המסקנות המוסקות מהן אינן בהכרח נכונות.
- ג. התנגדויות המבוססות על אמונות ומיתוסים ועל שיקולים שמרניים הכרוכים בטיפול הארוך.
- ד. גורמים רגשיים: הנתפסים כחשובים במיוחד כוון שחלקם הגדול הוא בלתי מודע והקשורים למאפייני העבודה האינטנסיבית והרגשית, לאינטראקציה הבין אישית בתוך מסגרת זו, לסוג המחויבות, כמו גם לנושא בעיית הפרידה והעברת הנגד שהטיפול המוגבל בזמן מעורר.

היותו של הטיפול קצר, מוביל להשערה מוטעת, מובלעת או גלויה, כי בגישה זו, אנו חייבים לוותר על השגת מטרות אותן משיג הטיפול הארוך. איצקסון [5], בהתייחסותו למטרות הטדק"מ, כותב כי: "טכניקות קצרות המועד בהשראה פסיכואנליטית משתדלות להשיג שינויים עמוקים ובניי קיימא כמו אלה שניתן להשיג בטיפולים דינאמיים ממושכים". וינוקור ודסברג [6] מציגים עמדה מתונה יותר בציינם כי יעדי הטיפול "אינם מכוונים לשינוי תוך בניה מחודשת של האישיות – היעד של הפסיכואנליזה. אולם יעדי הטיפול הקצר שאפתניים למדי, בכך שהמטפל מצפה לשינויים פסיכודינמיים ותוך נפשיים; הוא אינו מסתפק בהקלה בסימפטומים או בחזרה למצב של סטטוס קוו שלפני". לויצטום [7] יש עמדה דומה ואני מעדיף לאמץ את ניסוחו האומר: "טיפול דינאמי קצר מועד, מיועד לטפל במטופל ובמטען הקונפליקטים שמעבר למצבו הגלוי, כאשר המטרה הטיפולית הינה פתרון הקונפליקט וניסיון לשנות את סגנון ההתמודדות לקראת תפקוד סתגלני יותר. הכוונה להשיג מעבר להקלה מיידית השפעה ארוכת טווח הכורכת בתוכה פתרונות לבעיה ישנה".

מטרת המאמר הנוכחי היא בראש ובראשונה לבסס את ההכרה כי פעמים רבות, אל מול מגבלות המציאות המכתיבות טווח טיפולי קצר ומובילות אף לויתור על הטיפול המסורתי הארוך, חשוב לזכור כי הטדק"מ הינו גישה אשר עברה הגבלת הזמן אינה מגבלה אלא כלי טיפולי ייחודי ויש ביכולתה להשיג מטרות טיפוליות מרכזיות.

במאמר זה אתייחס לאבני דרך בהתפתחות הטדק"מ, לגישות הבולטות בטיפול זה ובעיקר למאפיינים המשותפים והייחודיים העומדים מעבר להבדלים שבין הגישות. יותר מכל, חשוב להבין, שהטדק"מ אינו אמירה אחת נוקשה ויש בו קשת של אפשרויות. השימוש **המושכל**, **הגמיש והמותאם** במאפייניו המרכזיים והייחודיים מצד אחד, בשילוב טכניקות עבודה וסטינג מגוונים מצד שני, הוא זה המאפשר והופך את יישומה של הגישה לכלי יעיל המתאים לתחומי פעילות שונים של השפ"ח החל מהטיפול הפרטני, דרך הדרכת הורים וכלה בעבודה קבוצתית או מערכתית.

בהיסטוריה של התפתחות הטדק"מ, התנהל מאבק חריף בין פרויד לבין מניחי אבני הדרך הראשונות מהם צמח הטדק"מ. בין דמויות אלה נמצאים ראנק, שסביב טראומת הלידה הדגיש את הפרידה ולא את ההיבט היצרי-מיני, הדגיש את היחסים הבין אישיים הנוכחיים ופחות את אירועי העבר והגביל את משך הטיפול לתשעה חודשים. פרנצי, שהתנגד להדגשה של החקירה האינטלקטואלית והעדיף במקום זה ליצור חוויה אפקטיבית בתוך הטרנספרנס, הנחה אקטיבית את האסוציאציות של המטופל לאורך תימות מסוימות ומוגדרות, עודד מטופלים להתייבב אל מול האובייקטים הפוביים שלהם. אלכסנדר, שהטה את האיזון של הגורם המרפא מהתבונה המבוססת על אינטרפרטציה לחוויה מחודשת של הקונפליקט האמוציונאלי בנוכחות המטפל, דרך מה שהוא הגדיר "חוויה מתקנת", הדגיש את הצורך לנסח הבנה דינאמית כוללת ומקיפה של המטופל תוך מספר מצומצם של פגישות, את הצורך להימנע מרגרסיה ואת האקטיביות של המטפל (Messer [8], Flegenheimer [9]).

המאבק בין פרויד לפורצי הדרך של הטדק"מ, היה חריף וכוחני, עד שהוביל לדוגמא לסילוקו של ראנק מהחברה הפסיכואנליטית. פרויד במאמרו "אנליזה סופית אינסופית" [10], מתנצח

עם גישה זו ונאבק נגד קיצור משך הטיפול. בדבריו מסכם פרויד התנסותו (איש הזאבים) ומציין כי למרות שהוא עצמו השתמש בגישה זו בהצלחה וביעילות רבה, הרי שבאותה נשימה, הוא מזהיר משימוש בטכניקה זו ורואה בה מסוכנת וחסרת תועלת. עמדתו של פרויד ומאבקו יכולים לעורר תמיהה מסוימת שכן בניגוד לתפיסה הפופולארית הרווחת, חלק מתיאורי המקרה הקלאסיים של פרויד, לא ארכו יותר משלושה חודשים [Fleggenheimer 9].

הבסיס המשותף לכל גישות הטדק"מ, שהיה בו כדי לעורר את התנגדותו של פרויד, הינה העמדה אותה הוביל אלכסנדר כאשר טען שיש להימנע מיצירת סיטואציה רגרסיבית בטיפול, בה הסיפוק וההנאה מהסיטואציה עצמה, יגברו על הכאב מהקונפליקט. לעמדתו, ככל שתתאפשר פחות רגרסיה בטיפול, כך יש פחות סיכוי שהמטופל יפיק הנאה וסיפוק מעצם הסיטואציה.

אל מול הסטינג של הפסיכואנליזה המעודד רגרסיה וכולל תדירות גבוהה של פגישות, סיטואציה בה המטופל שוכב והמטפל למראשותיו כשהוא בלתי נראה למטופל, המטפל פאסיבי והעדר הגבלת הזמן יוצרת תחושה של זמן אין סופי. אלכסנדר בנה סטינג שונה בו תדירות הפגישות הינה לרוב אחת לשבוע, הישיבה פנים אל פנים, המטפל נמנע מפרוש של רבדים התפתחותיים רגרסיביים שאינם הכרחיים לעבודה, הפרוש של הטרנספרנס הינו מוקדם והמטפל אקטיבי ומתכנן את "תפקידו" (חוויה מתקנת).

גישות הטדק"מ שהתפתחו בהמשך הדרך, פיתחו רעיונות אלה של אלכסנדר פרנצי וראנק וגיבשו גם טכניקות כיצד ליישמן, תוך הדגשה רחבה יותר על שני משתנים מרכזיים בטיפול הקצר: מוקד טיפולי והגבלת זמן.

התפתחות הטיפול הקצר בגישה הפסיכואנליטית, עברה תמיד דרך מצוקה של מטופל, הפוגשת מטפל לא שמרני, שמחפש בדרך יצירתית מענה שהטיפול האנליטי אינו מספק.

סיפנאוס [11], אותו אזכיר בהמשך, החל לפתח את גישתו בהיותו מנהל מרפאה ציבורית בבוסטון, כאשר הגיע אליו מטופל שדרש ממנו התערבות בפנייתו למרפאה. מטופל זה שסבל מפוביה חריפה מאמצעי תחבורה, עמד להתחתן שלושה חודשים ממועד פנייתו למרפאה והתעקש להפטר, טרם חתונתו, ממה שהגדיר כפחד מטופש לנסוע ברכב, רכבת, אוטובוס וכד'. צוות המרפאה שראיין אותו אמר, כי אין ביכולתו לעזור לו, שכן מקרים חריפים של פוביה דורשים לפחות שנתיים טיפול ובתדירות של פעמיים בשבוע (חשוב לזכור שבתקופה זו - 1956 - הטיפול הפרמקולוגי או התנהגותי לחרדות לא היה מוכר). מטופל זה שהגיע נרעש לסיפנאוס ודרש ממנו לעזור לו ומיידית, הוביל את סיפנאוס, שנענה לו עם ספקות רבים לגבי הצלחת הטיפול, להרפתקה שלו עם הטיפול הקצר ולפיתוח גישתו על מאפייניה הייחודיים. למותר לציין שהמטרה הושגה תוך שלושה חודשים והמטופל התחתן. למרות שחרדותו לא נעלמו לחלוטין, הן לא הפריעו לו להשתמש באמצעי תחבורה שונים במהלך ירח הדבש שלו. גם חששותיו של סיפנאוס על חזרתם של הסימפטומים לאחר תקופה קצרה לא התקיימו.

מאן, שגם אותו אזכיר בהמשך, הצטרף להתמודד בקליניקה של אוניברסיטת בוסטון, עם תחלופה של מטפלים מתמחים מדי תקופה קצרה, עם רשימת המתנה ארוכה שנוצרה ועם איום של סגירת המרפאה כתוצאה מכך. במהלך בדיקתו את הנושא, מאן שם לב שלקראת הסיום והפרידה הופיעו נושאים מרכזיים באינטנסיביות רבה, שהתהליך הטיפולי הואץ והעבודה הופכת להיות נמרצת ויעילה. איתורם של משתנים אלה, הוביל אותו לפתח גישה הנשענת על נושאים של זמן ופרידה ולמעשה הוא יצר מסגרת טיפולית בה מתחילת הטיפול,

מתקיימים התנאים אותם אנו מוצאים בסיום הטיפול הארוך ושיש בהם כדי להאיץ את הטיפול [שפּלר 12]. עמדה דומה של השפעת קיצור הטיפול והגבלת הזמן מתאר בעצם גם פרויד [10] כאשר הוא מתאר כיצד בשל תקיעות בטיפול ממושך (איש הזאבים), הוא מודיע למטופל על הפסקת הטיפול בעוד שנה וכיצד טכניקה זו הובילה לשינויים ועבודה מוגברת במסגרת הזמן החדשה והמוגבלת.

במאמר אתיחס לשלוש מגישות הטדק"מ והן של: סיפנאוס, מאלאן ומאן. השלושה מייצגים אופציות שונות של שימוש במאפיינים המרכזיים ודרכם אנסה להבהיר את המרחב, הגמישות ומגוון אפשרויות העבודה אותן מציעה הטדק"מ.

התיאוריות המנחות את הטדק"מ נשענות על התיאוריה הפסיכואנליטית הקלאסית, אך כל קשת התיאוריות הפסיכודינאמיות מיוצגות במודלים השונים, ונעשה שימוש בכל הטכניקות המוכרות לנו מהטיפול הארוך. בהתייחס לשלושת הגישות שהזכרתי, סיפנאוס מדגיש ועושה שימוש במונחים אדיפאליים, מאלאן משלב יחסי אובייקט ומאן מדגיש אספקטים בין אישיים סביב פרידה, אובדן ודימוי עצמי [לאור 13].

אם כך, מה הם המאפיינים היחודיים של הטדק"מ? אציג כאן את ארבעת המאפיינים המרכזיים החוזרים בספרות המקצועית והמחקרית. להערכתי מאפיינים אחרים שזורים בתוכם, או הינם פועל יוצא של הארבעה:

א. מוקד טיפולי

ב. זמן מוגבל

ג. אקטיביות המטפל

ד. מיון מטופלים.

לפני שארחיב על כל אחד ממאפיינים אלה, ברצוני להדגיש כי הם אינם עומדים כל אחד בפני עצמו ותמיד מתקיימים בניהם יחסי גומלין. מידת הדגשתו, הרחבתו או צמצומו של כל מאפיין משפיעה על המאפיינים האחרים ועל הטיפול עצמו: מה יהיה מבנה הסטינג, כמה זמן ימשך, מהם טכניקות העבודה, עבור מי הוא מתאים ואיזו מן הגישות תהייה בו דומיננטית. יחסי גומלין אלה והאופציה לתנועה גמישה בהם, מהווים את הכלי המרכזי דרכו ניתן לבחון את הטדק"מ והתאמתו לתחומי פעילות השפ"ח.

מוקד טיפולי

אמר רבי הלל: "מה ששנוא עליך לא תעשה לחברך" מה עניין הלל למוקד טיפולי? מדרש ההלכה מביא סיפור על הלל ושמאי וכך הסיפור במקור [תלמוד בבלי 14]: מעשה בנכרי אחד שבא לפני שמאי, אמר לו: גיירני על מנת שתלמדני כל התורה כולה כשאני עומד על רגל אחת. דחפו באמת הבנין שבידו (דחיפה זו הייתה סמלית והיא נועדה להבהיר שכשם שבנין אינו יכול לעמוד על עמוד אחד משום שהוא יתמוטט, כך אי אפשר לתמצת את תורת ישראל לכמה משפטים). בא לפני הלל, גייריה. אמר לו, דעלך סני לחברך לא תעביד (מה ששנוא עליך לא תעשה לחברך), זו היא כל התורה כולה ואידך פירושה הוא זיל גמור (והשאר הוא פרוש של פסוק זה, לך ולמד).

הלל, שלא כמו שמאי שהיה ידוע כשמרן וקפדן, נענה לאתגר ותמצת את כל תורת ישראל במשפט: **"מה ששנוא עליך לא תעשה לחברך"**. לתפיסתו, כל שאר המצוות הם תולדה של רעיון זה. במונחים של הטדק"מ, הלל ניסח מוקד מהותי ליהדות, אשר באמצעות העיסוק בו ודרכו מתנהלים חיים שלמים.

תפקידו של המוקד הטיפולי, דומה לאמירתו של הלל, בהתייחס לכך שהוא מרכז לתוכו תחום רחב בחיים של המטופל המשפיע ומנתב את תפקודו. המוקד, הינו הצהרה על הבנתו של המטפל את הבעיה המוצגת של המטופל, כביטוי של נושא דינאמי מרכזי, קונפליקט, או דפוסים לא מסתגלים של יחסים בין אישיים. בהבנה זו אנו מחפשים להכליל כמה שיותר מתלונתו הנוכחית של הפונה ומההיסטוריה הרלוונטית, כפי שניתן להשיג בטווח המייד. במילים אחרות, זוהי מעיין אינטרפרטציה המבטאת את ההבנה על הקושי המרכזי בחייו של המטופל, אשר מוצא את ביטויו גם בבעיה, בתלונה עימה הוא מגיע. על פי הגישות השונות, את ההבנה הזו ניתן לנסח במילים באופן ישיר למטופל כמסגרת של חוזה עבודה, להשתמש בה כדי ולהגביר את המוטיבציה לתהליך הטיפולי. או להשתמש בה כמנגנון לחקירה וארגון של האינפורמציה הקלינית וכמנחה את ההתערבויות הטיפוליות. מבין שלושת הגישות שהזכרתי, מאן מנסח את המוקד, אותו הוא מגדיר כ **"סוגיה מרכזית"**, באופן מובנה תוך איתורם של ארבעה מרכיבים בסיסיים. מרכיבים אלה יוצרים היגד המשקף את הבנתו העמוקה של המטפל את הרגשות המוקדמים הפגועים מאוד של המטופל ואת הכאב העמוק ביותר הנמשך לאורך כל חייו. הנגיעה בכאב כרוני מתמשך זה, מלווה בהתייחסות לדפוסי ההתמודדות, ההגנות והרגשות המלווים אותו, אלה המובילים, יוצרים ועומדים בבסיס מצוקתו [מאן 15, שפיר 12].

הדגש אם כן, הינו על הגדרת **מוקד דינאמי**. ההגדרה אינה נשארת ברמת הסימפטום או התלונה הקונקרטית עימה המטופל מגיע והיא שואפת להבנה עמוקה יותר של בסיס קיומו ותפקודו הלא מסתגל. התיאוריה הדינאמית המנחה את המטפל תוביל להדגשים שונים של המוקד. כך למשל תיאוריות הדחף יתייחסו למאפיינים אישיותיים (תפקודי אגו עצמאיים, אפקט, דחף, הגנות ויחסי אובייקט-סלף), נושאים דינאמיים (קונפליקטים ומניעים), התפתחות מוקדמת (אירועים ושלבים בילדות המוקדמת) ואספקטים הסתגלותיים (כוחות וסגנונות התמודדות). תיאוריות יחסי אובייקט יחפשו ביטויים של דפוס יחסים בין אישיים, העומד בבסיס האינטראקציות הבין אישיות ברמה מודעת ולא מודעת וכיצד דפוסים אלה מובילים ומתייחסים לקונפליקט שהפונה מבטא.

המוקד הטיפולי הינו עמוד תווך מרכזי, מהותי וטכני בלעדיו לא ניתן לבצע טיפול קצר. השמירה הקפדנית עליו לאורך הטיפול, הינה העבודה היותר מרכזית והאקטיבית של המטפל והיא דורשת ומובילה אותו לעוד מספר מאפיינים טכניים הכרחיים. הרעיון של מוקד טיפולי מיושם לא רק בטיפול הקצר וקיימת גישה של טיפול דינאמי ממוקד שאינו קצר, אף שגם כאן המוקד מוביל לקיצורו בהשוואה לטיפול הממושך הקלאסי. רעיון המוקד נוגע בשאלה התיאורטית, האם הפתולוגיה כחלק מהטבע האנושי וכחלק ממבנה התודעה מתארגנת מלכתחילה בצורה של **מוקד יחיד**, ולכן אנו חייבים לזהותו ולעבוד דרכו בלבד, או שמתקיימים, כפי שטוענת הגישה הקלאסית, בעת ובעונה אחת מוקדים רבים [זלוטניק 16]. מעבר לעמדה התיאורטית בסוגיה זו, העמדה השכיחה יותר בטדק"מ אומרת, כי במהלך הטיפול, העבודה הינה על מוקד אחד בלבד. במידה וישנם מספר מוקדים, יש לגבש החלטה

מנומקת מהו המוקד בו הטיפול עוסק (מתוך כך, גם במה הוא לא יעסוק). מן הראוי לציין כי קיימות גם גישות הטוענות כי ניתן, בנקודת זמן מוגדרת, להציע ולעבוד על יותר ממוקד אחד [לאור 13].

כדי להמחיש את תפקידו של המוקד, נדמה לעצמנו עדשה ממקדת/ממרכזת, זו הלוקחת קשת רחבה של קרני אור מזוויות שונות ומעבירה אותם דרך מרחב מסוים, מאוד מוגדר. קשת זו, בגישה תיאורטית אחת, היא היחידה הקיימת והרלוונטית, ובגישה אחרת, היא אחת מהקשתות האפשריות והרלוונטיות שבחרנו להשתמש בה. קרני האור הנופלות על העדשה ועוברות דרכה, עוברות שינוי בעוד אלה הנופלות מחוץ לעדשה נשארות ללא שינוי או עיבוד. תפקידו הקריטי של המטפל, מתחיל באיתור המוקד והגדרתו וממשיך בשמירה קפדנית עליו. תפקיד זה דורש עבודה אינטנסיבית ואקטיבית רבה של המטפל. כישוריו הטיפוליים וטכניקות העבודה שלו, הם המשמשים כעדשה אקטיבית ובוררת, האוספת לתוכה מרחב חיים, המהווה גורם מניע בחייו של המטופל ומשפיע על תפקודו והסתגלותו לעולם הסובב. המוקד הינו העדשה דרכה נבחנים, מובנים ומעובדים כל התכנים והתהליכים הדינאמיים בטיפול.

שלושת הגישות שהזכרתי, מטפלות בנקודת זמן מוגדרת במוקד אחד בלבד, אך מתייחסות באופן שונה לאופציה של עבודה ברצף על מספר מוקדים. עבור מאן, עם סיום הטיפול והעבודה על המוקד שהוחלט, מסתיים הטיפול ויש פרידה. גם אם עולה מוקד אחר נוסף ומרכזי, הוא לא יאפשר למטופל להישאר בטיפול ולהמשיך לעבוד על מוקד אחר (עמדה זו מושפעת מתפיסתו על הגבלת הזמן והאופן השימוש בה בטיפול). מלאן לעומתו מציג אפשרות של סיום עבודה על מוקד אחד והמשך עבודה על מוקד אחר. ויצטום וכן [17] מציגים אופציה דומה ובה מודל תיאורטי של טיפול דינאמי קצר, רב שלבים, בגישה התפתחותית. אוסטריל [18] מתארת מבנה טיפולי דומה, הניזון ומובנה במאפייני עבודת הפסיכולוג בתוך מערכת החינוך, בה מתקיים מה שהיא מכנה "טיפול קצר ארוך". טיפול זה נמשך לאורך תקופה ארוכה, אך הוא בנוי על מספר התערבויות טיפוליות קצרות המתקיימות בנקודות משבר של המטופל אותן הוא עובר לאורך תקופה ארוכה.

ההצהרה על המוקד בשיתוף עם המטופל או השארתו בתודעתו של המטפל ושימוש בו כמנגנון לחקירה וארגון האינפורמציה הקלינית, משפיעים על משך הטיפול וטכניקות העבודה וחשוב להבין את יחסי הגומלין בין משתנים אלה. מוקד מוצהר, גלוי ומוסכם, מגייס באופן מודע את כוחות המטופל והמטפל לעבודה ולמטפל יש אפשרות להיות אקטיבי ודרקטיבי בשמירה עליו ובכך מתקצר משך הטיפול (מאן וסיפנאוס). השארתו של המוקד בתודעת המטפל כמנגנון לחקירה, מובילה בהדרגה דרך טכניקות עבודה של אינטרפרטציה, הקשבה והזנחה שלקטיביים להבהרתו למטופל, אך היא גם דורשת זמן ארוך יותר לעבודה.

זמן מוגבל

בכל הגישות של טדק"מ, הגבלת הזמן נתפסת כמאיצה את הטיפול בכך שיוצרת תחושת דחיפות, מיידיות ונוכחות אמוציונאלית של המטופל (כמו גם המוקד והאקטיביות של המטפל). עם זאת, מאן הינו היחיד המציע נימוק רעיוני להגבלת הזמן, תוך שילובו במבנה הטיפול. עבור מאן, הגבלת הזמן הינה נושא מרכזי סמוי של הטיפול המלווה אותו לכל אורכו

[מאן 15, שפּלר 12]. על פי תפיסתו, תחושת הזמן האמיתית מתפתחת בד בבד עם תחושת המציאות, והזמן הינו אחד המדדים העיקריים כדי להבחין בין מציאות לאי מציאות. בגישתו של מאן, הנקראת "פסיכותרפיה מוגבלת זמן" הטיפול הקצר והפוטנציאל הטיפולי, נשענים על הקונפליקט האינהרנטי בין הזמן הנצחי לאמיתי, בין מסגרת זמן חסרת מגבלות של הילדות ("זמן אמא") ובין דרישות המציאות הקיימות בזמן של המבוגרים ("זמן אבא"). השימוש היזום, המתוכנן והאקטיבי במימד הזמן, מוביל אותנו לקצה אחד ברצף המתקיים בין הגישות השונות לגבי מימד הזמן, בקצה זה ישנה קביעה והצהרה מראש של משך הטיפול, ומועד הסיום המדויק נקבע בתחילתו. מאן קבע מסגרת של 12 מפגשים (ללא שלב המיון) עליה הוא מקפיד, תוך שהוא משתמש "במימד הזמן" באופן מובחן, שונה ואקטיבי בשלבי הטיפול השונים (שלב ראשון בו מתאפשרת תחושת נחיות. שלב שני של אמביוולנטיות ושלב שלישי של היפרדות והכנסה ברורה של הזמן המציאותי). בשל תפיסתו זו והשימוש במימד הזמן, מאן לא מאפשר סטייה ממסגרת 12 הפגישות, אלא במקרים חריגים מאוד.

לעומתו ולמרות שגם עבור הגישות האחרות, מגבלת הזמן נתפסת כמרכזית, לא נעשה בה שימוש אקטיבי ומובנה כפי שעושה זאת מאן. סיפנאוס או מאלאן אינם מגדירים במדויק את מספר הפגישות, או את המועד הנקוב של סיום הטיפול. סיפנאוס, מאפשר למטופל לומר כמה זמן הוא רוצה לקחת כדי לפתור את הבעיה, אך מבהיר שזה יהיה בתוך מספר חודשים בלבד. גם מאלאן אינו אומר או מתייחס לסיום באופן נוקשה, ומספר הפגישות שהוא מקציב לטיפול יכול לנוע בין 20-40 מפגשים. עבור מאלאן כפי שצוין קודם, קיימת גם אופציה של המשך לטיפול קצר נוסף והפעם על מוקד אחר. הטדק"מ בגישתו של מאלאן יכול להמשך גם שנה. בהקשר אשוב ואזכיר את המודלים של ויצטום וכן [17] ואוסטריויל [18] המעלים אפשרות של מספר טיפולים קצרים בחיי המטופל, כשכל טיפול מותאם לצרכים המרכזיים בחייו.

מן הראוי להיות ערניים גם בנושא הגבלת הזמן ליחסי הגומלין עם המשתנים האחרים. בגישה בה גבולות הזמן מוגדרים, קצרים ומחייבים (12 פגישות), סביר יותר שהמטפל יגדיר ויצהיר עם המטופל מה הוא המוקד. טכניקה מזרזת זו נדרשת כדי להשיג את מטרות הטיפול בגבולות הזמן הקצרים שנקבעו (מאן). בגישה בה גבולות הזמן פחות מוגדרים או ארוכים יותר מלכתחילה (40 פגישות), המטפל לא נדרש באותה מידה להצהרה גלויה והמוקד יכול להישאר סמוי. במבנה טפולי זה מתאפשרת טכניקת עבודה פאסיבית יותר של אינטרפרטציה, הקשבה והזנחה סלקטיביים (מאלאן). ערנות ליחסי גומלין אלה חשובה, שכן היא מאפשרת התאמת הטכניקות למטופלים השונים ברמת יכולתם לעשות שינוי בזמן קצר יותר (12 פגישות) או קצר פחות (עד 40 פגישות). אך לא פחות חשוב, יש בכך גם אפשרות התאמה עבור מאפייני המטופלים השונים.

מקומה של הגבלת הזמן והמידה בה הגבלה זו מקדמת את התהליך הטיפולי, הינה אחת השאלות המרכזיות, מולן המטפל צריך להתמודד כאשר הוא שוקל את אופציית הטיפול הקצר עבור הפונה. יחסי הגומלין שבין הזמן המוגבל למאפיינים האחרים המובאים במאמר זה, הינם המפתח בשיקול הדעת ובהתאמה הגמישה המתאפשרת ממתן משקל שונה לכל מאפיין, על פי צרכי הטיפול והמטופל.

חשוב להבהיר, כי הגבלת הזמן בטיפול הקצר אינה מגבלה, היא כלי טפולי המניע את המטופל והמטפל לעבודה אינטנסיבית ומגייסת כוחות לשינוי. ככזו, היא מרכיב ייחודי של הסטינג הטיפולי. הטיפול הקצר, בוחר להשתמש במרכיב זה לא מתוך אילוץ, אם כי, לעיתים

קיימת גם מציאות הדוחקת לקיצורו. נראה שפעמים רבות אילוץ חיצוני זה, מטשטש את הבחירה החופשית בטיפול הקצר כטיפול מועדף ויוצר או מזין את מערכת ההתנגדויות של המטפל לשימוש בגישה זו.

אולי כאן המקום לציין מספר נתונים סטטיסטיים המעוררים מחשבות רבות, על תפקיד הגבלת הזמן ולאופן בו מאן עובד עם הגבלה זו. במחקר אותו ערכו Sledge וחבריו [19], נבדקה השפעת הגבלת הזמן על נשירת מטופלים. במחקר עמדו לבחינה, שלושה סוגים של טיפול: (א) טיפול ארוך ללא הגבלת זמן וכמובן ללא ידיעת מועד הסיום. (ב) טיפול קצר, בו אין קביעת זמן מדויקת או מחויבות ברורה למועד הסיום, למעט האמירה הכללית בדבר טיפול שימשך שלושה – ארבעה חודשים. (ג) טיפול מוגבל זמן בשיטת מאן, בו קיימת הגבלת זמן של 12 פגישות ומועד הסיום נקבע מראש. אחוזי הנשירה מהטיפול מוגבל הזמן, בו מועד הסיום המדויק היה ידוע, היו 32%. בעוד שבטיפול הארוך, ללא הגבלת זמן, אחוזי הנשירה היו 61%. ההשפעה של ידיעת מועד הסיום על הנשירה מרשימה עוד יותר, אל מול הנתונים של הנשירה מטיפול קצר אשר גם בו לא נקבע מראש מועד סיום. אחוז הנשירה כאן היה של 67%. ממצאים אלה מחדדים את אופן השימוש בהגבלת הזמן והצורך לתת לה מקום מודע, מעובד ומתוכנן בטיפול כאחד הכלים הייחודיים של הטדק"מ.

בהקשר זה גם Masser [20] מציג אוסף נתונים ממחקרים שונים ובהם עולה כי ממוצע הפגישות הטיפוליות (בכל הגישות הטיפוליות) במרפאות ציבוריות עומד על 5-8 פגישות בלבד. בכלל זאת ישנם מחקרים המצביעים כל כך ש 34% מהמטופלים הגיעו ל 1-2 פגישות, 37% מהם השתתפו ב 3-10 פגישות, 13% ב 11-20 פגישות, ורק 16% השתתפו ביותר מ 20 פגישות. מבט מזווית אחרת על אותם נתונים מראה ש 90% מהמטופלים נמשכו לאורך של פחות מ 25 פגישות. סיכום נתוני מחקרים אחרים מראה כי 50-75% מהמטופלים מראים שיפור משמעותי במצבם בטווח של 12-25 פגישות, שהם בין 3-6 חודשים.

נתונים דומים המתייחסים למשך הטיפול ולהישגיו בטיפול פרטני ומשפחתי מציגים בקר וצפריר במאמרם הדין בטיפול משפחתי קצר מועד [21]. נתונים אלה מעידים, כי מן הראוי להתייחס לעובדת קיומו של הטיפול הקצר כמסגרת הטיפולית השכיחה יותר במסגרות ציבוריות. אם כך, עדיף שמסגרת זו תהיה מתוכננת ובנויה על תפיסה וטכניקות מתאימות. בהעדר תכנון שכזה, אנו מוצאים את עצמנו, בסיטואציה בה בפועל הטיפול קצר, אך הוא אינו מתוכנן או מתנהל ככזה.

אקטיביות המטפל

המונח "טכניקה אקטיבית" (פרנצי) נתפס כמנוגד לעמדתו הפאסיבית יותר של המטפל בטיפול הארוך, עמדה המאפשרת את חוק היסוד של אסוציאציות חופשיות. פרנצי עצמו טען לצורך ביותר אקטיביות מצד המטפל כדי לאפשר את התהליך האנליטי, בעיניו הטכניקה האקטיבית נדרשת כאשר המטופל עושה שימוש לרעה בחוק זה ומשתמש באסוציאציות חופשיות כהתנגדות לתהליך הטיפולי. פרנצי פעל בשיטות רבות ומגוונות, שמטרתן הייתה להוביל את המטופל באופן אקטיבי לחשיפת חומר מודחק ולהפסקת התנהגויות המשמשות ומשרתות את ההתנגדות לטיפול. לעמדתו של פרנצי, גם מתן אינטרפרטציה היא סוג של אקטיביות טיפולית המשפיעה על האסוציאציות החופשיות [לאור 13].

ככלל, מאפיין זה של אקטיביות המטפל מתייחס לטכניקות שונות, שמטרתן להאיץ את התהליך הטיפולי ולהשיג את מטרותיו בפרק זמן קצר. מבחינה היסטורית ובשל החשש שאקטיביות המטפל, תשבש את התפתחות הטרנספרנס, חלק מהטכניקות האקטיביות נזנחו, כולל על ידי פרנצי עצמו.

ברצף השונות הקיימת בין גישות הטדק"מ, מידת האקטיביות ומאפייניה מקבלים ביטויים שונים, אך תמיד המטפל יהיה יותר אקטיבי מהמוכר לנו מהטיפול הארוך. מבין שלושת הגישות שהזכרתי, מאלאן הוא זה העומד בקצה הרצף הקרוב יותר לטיפול הקלאסי הארוך. הוא אינו פועל באופן גלוי וישיר לשמירת המוקד בדומה לסיפנאוס או מאן והטכניקה שלו ביסודה, יותר סמויה ופחות מילולית וישירה (אינטרפרטציה, הקשבה, והזנחה סלקטיביים), אך הוא אינו פחות אקטיבי בהקפדתו על המוקד ובשימוש בו ככלי להבין ולהגיב למתרחש בסיטואציה הטיפולית. שיטתו, בה הוא אינו מצהיר באופן גלוי על המוקד בתחילת הטיפול, משפיעה אף היא על כך שהוא פחות ישיר וגלוי בשמירה עליו.

למידת האקטיביות השפעה על אורך הטיפול, אך כפי שנאמר בהתייחס למוקד, לאורך הטיפול יש גם השפעה על מידת האקטיביות הנדרשת. אי העמדת זמן מוגדר, מוגבל וקצר בדומה לגישתו של מלאן, מאפשרים טכניקת עבודה פחות ישירה, אקטיביות או דוחקת. סיפנאוס לעומתו, המצהיר על המוקד ומקבל הסכמת המטופל לעבוד רק עליו (אך לא פחות בשל מאפיינים נוספים של גישתו הנקראת "מעוררת חרדה"), פועל באופן ישיר, גלוי ומתעמת כאשר להערכתו המטופל נמנע מעבודה על המוקד. סיפנאוס מפרש הימנעות זאת כהתנגדות ודורש מהמטופל לגייס כוחותיו כדי לחזור ולעבוד על המוקד. אקטיביות גלויה וישירה זו, כמו גם ההצהרה והגדרת המוקד עם המטופל, משפיעה על משך הטיפול והוא קצר יותר מזה של מאלאן. מאן המגביל את הטיפול ל 12 פגישות, מצהיר על המוקד בשיתוף המטופל ומשתמש במימד הזמן והגבלתו באופן מובנה בטיפול, פועל אף הוא באקטיביות רבה יותר ממאלאן בשמירתו על המוקד.

אקטיביות המטפל בטדק"מ, הינה בראש ובראשונה עמדה בעזרתה המטפל שומר על המוקד הטיפולי. שמירה זו, דורשת תשומת לב רבה והשקעת מאמץ מתמשך להבנה כיצד התוכן והתהליך הטיפולי, בכל רגע נתון, קשורים אל המוקד וכיצד הם מאירים היבטים נוספים בתוכו. את הבנתו זו או לחילופין את הבנתו על סטייה מהמוקד, יבטא המטפל באופנים שונים.

חשוב להבהיר בהזדמנות זו כי אקטיביות המטפל, אינה קשורה בהכרח לדרקטיביות. ויש לעיתים נטייה לכרוך שני מושגים אלה, או אף להתבלבל בניהם. אקטיביות המטפל כפי שהובהרה קודם, יכולה להתבטא גם באמירות, הנחיות והכוונות ישירות – דרקטיביות של המטופל אך היא אינה תלויה בה.

מיון מטופלים

בדומה למאפיינים שהוצגו עד כה, גם במיון המטופלים קיים רצף ושאלת התאמת המטופל לטדק"מ אינה עומדת בפני עצמה. ההתאמה תלויה בגישת הטיפול, בסטינג הנבנה ובשאר המרכיבים שתוארו עד כה. לא כל המטופלים המתאימים לטדק"מ יתאימו לכל אחת מהגישות, או לאופן השימוש בכל אחד מהמאפיינים שהובאו עד כה.

כשאנו בודקים את השאלה מי הוא המטופל המתאים לטדק"מ עומדת מולנו רשימת קריטריונים משותפת לכל הגישות, אך לכל גישה יש גם הדגשים ייחודיים. מבין שלושת הגישות אליהן התייחסתי עד כה, סיפנאוס הוא זה הנמצא בקצה הקשת התובעני יותר. נראה שעם רשימת הקריטריונים שלו, נוח להתנגח כאשר רוצים לטעון למיון והתאמה קפדניים, המצמצמים מאוד את טווח המטופלים, או טוענים בהתרסה כי "מי שעומד בקריטריונים אלה אינו זקוק לטיפול". אבל אולי דווקא דרך סיפנאוס, אפשר להמחיש את הקשר שבין הגישה, למיון המטופלים המתאימים. סיפנאוס שגישתו "מעוררת חרדה" ושהטכניקה שלו מתעמתת, ישירה ודוחקת במטופל לעבודה אינטנסיבית, מחפש דרך הקריטריונים שלו מטופלים עם כוחות אגו חזקים ומוטיבציה גבוהה, המאופיינים בקונפליקט ברמה האדיפאלית כדי שאכן יתאימו למאפייני גישתו.

מאלאן שהטיפול במסגרת גישתו, שונה בטווח הזמן, בטכניקה הטיפולית, בהגדרת המוקד ובאופי האקטיביות שלו, מקבל מטופלים שהינם בהגדרה גם עם פחות כוחות אגו ועם יותר פתולוגיה. למעשה מאלאן וקבוצתו [22] שיעדו את גישתם מלכתחילה לאוכלוסיה "יחסית בריאה", מצאו עצמם בהיעדר פונים, מטפלים באוכלוסיה "חולה" יותר מאשר התכוונו בתחילה. הצלחת הטיפולים, היא זו שהובילה אותם לפתח וליישם את הגישה גם עם אוכלוסיות אלה.

גם עבור מאן טווח המטופלים רחב יותר מאשר זה של סיפנאוס. גם כאן החיבור בין המרכיבים השונים שפורטו עד כה, יוצר ומאפשר הגדרה שונה ורחבה יותר של אוכלוסיית היעד בהשוואה לסיפנאוס, והיא כוללת מטופלים שסיפנאוס לא היה מקבל לטיפול, בשל היותם בעלי כוחות אגו חלשים ובשל קשייהם לעמוד בגישתו "מעוררת החרדה" והמתעמתת. עבור מאן לדוגמה, שגישתו נשענת על מוטיב הגבלת הזמן והפרידה, לא יתאימו מטופלים שיש להם קשיים בולטים להיפרד ושיש סיכוי שסיום הטיפול והשלכותיו ידרוש עבודה ממושכת.

נראה לי שככלל מן הראוי לקבל את גישתו של Truant [23] הטוען שאל לנו להשתמש ברשימת הקריטריונים באופן שרירותי, כשאנו מסמנים בה אם המטופל עונה/לא עונה לקריטריון זה או אחר. היחסים שבין הקריטריונים, עוצמתו של האחד, לעומת חולשתו או העדרו האחר, משמעותיים מאוד בהחלטה מי יתאים לטיפול ומי לא, מעבר להצטברות הסטטיסטית של מספר הקריטריונים שזכו לסימון חיובי או שלילי. כך למשל מוטיבציה מאוד גבוהה לשינוי, תקבל משקל גבוה יותר בהחלטה לקבלת מטופל, גם אם המטופל אינו עומד בקריטריון אחר.

מעבר להדגשים שבין הגישות, והמשתמע מהם לגבי מיון המטופלים, עבור כולן קיימת קשת של פתולוגיות קשות שאינן תואמות לטדק"מ. רשימת התוויות הנגד כוללת ניסיונות אובדניים או פוטנציאל אובדני ממשי, היסטוריה של התמכרויות (אלכוהול או סמים), דיכאון עמוק, שליטה ירודה באימפולסים, סימפטומים כרוניים של אובססיה או פוביה, מוגבלויות קשות (מנטליות לדוגמה), חלק ממצבים פסיכוסומאטיים ובוחן מציאות ירוד. כל שאר הטווח יכול להתאים לטדק"מ. כשבטווח זה נכללים הפרעות הסתגלות, הפרעות אישיות לא חמורות (הימנעותית, תלותית, אובססיבית קומפולסיבית), הפרעות חרדה ודיכאון לא חריפים וכד'

(נבון, רומן, שפיר [24] ו Messer [8]).

מן הראוי לציין, כי קיימת נטייה ההולכת וגוברת להרחבת אוכלוסיית היעד היכולה להפיק תועלת מטדק"מ. טיפולים קצרים נוסו ושימשו כגישה טיפולית בטווח רחב ביותר של בעיות אנושיות, כולל פסיכוזות והפרעות אישיות, ניצולי שואה ועוד, אוכלוסייה שלכאורה אינן תואמות טדק"מ (נבון, רומן, שפיר [24], שפיר [25], קלרמן, עמיר ושפיר [26], רומן, נאמן ושפיר [27] דסברג [28] מסטר וחזן [29]).

טדק"מ והשפ"ח

בחיבור בין טדק"מ לעבודת השפ"ח, יש מקום להדגיש בראש ובראשונה את ההכרה בגמישות המתאפשרת במרחב שבין גישות הטדק"מ השונות. ארבעת המאפיינים שהוזכרו: המוקד הטיפולי, משך הזמן, אקטיביות המטפל ומיון המטופלים, יוצרים פסיפס עשיר של הדגשים תיאורטיים, מסגרות טיפול וטכניקות עבודה, המותאמים למגוון רחב של מטופלים ומטפלים. מרחב העבודה בשפ"ח, מעוגן לרוב במסגרת עבודה של עד שנת לימודים. במסגרת זמן זו, ובוודאי אם הינה קצרה יותר, חשיבה מקצועית ופיתוח טכניקות עבודה המתבססות על מאפייני הטדק"מ חיוניים, גם אם היא אינה ולא צריכה להיות, מסגרת החשיבה היחידה. בשפ"ח, בדומה לכל מסגרת מקצועית ציבורית אחרת, קיימת בפועל הגבלת זמן על השירותים המקצועיים הניתנים ובוודאי על התחום הטיפולי. המערכת נדרשת שוב ושוב להפעלת שיקולים כלכליים ולניצול מרבי של משאב הזמן היקר. ההכרה שהגבלת זמן זו, לא מוליכה לעבודה פחות עמוקה ומקצועית, ובמקרים רבים היא יכולה להיות המסגרת הטיפולית המועדפת, מחייבת להכשיר את השפ"ח בידע וכלים בעזרתם ניתן להציע למטופל מסגרת טיפולית נאותה.

הטדק"מ אינו מענה גורף לכל הפונים, אך טווח האוכלוסייה המתאימה לעבודה בגישה זו רחב בהרבה ממה שאנו נוטים לחשוב מלכתחילה. אם נשכיל להתאים את המאפיינים המרכזיים של הטדק"מ למטופל הספציפי, ובהתאם, את טכניקות העבודה הנדרשות, נצליח אף להרחיב את אוכלוסיית היעד המתאימה לגישה זו.

עלינו לזכור שאוכלוסיית היעד של השפ"ח, ברובה המכריע, הינה אוכלוסייה נורמטיבית ואינה מוגדרת כבעלת פתולוגיה נפשית. מגוון הפניות לטיפול כולל בתוכו מוקדים התפתחותיים נורמטיביים, משברי מעבר והסתגלות, משברים התפתחותיים, קשיים חברתיים, לימודיים, בעיות התנהגות ועוד. מיעוט הפניות מאופיין בפתולוגיות נפשיות, או במצבי משבר קיצוניים שיש בהן התוויות נגד לטיפול קצר. אם נוסיף לכך שחלק מאוכלוסיית היעד, אף מסומנת כמועדפת לעבודה קצרת מועד (למשל מתבגרים בגישתו של מאן), הרי שיש בכך סיבות נוספות לאימוץ גישה זו בעבודת השפ"ח.

מן הראוי, לתת את הדעת לכך, שפעמים רבות הנושאים העומדים על הפרק אינם האם לטפל או לא לטפל בטיפול קצר מועד, או שקיים קושי באיתור ומיון אוכלוסיית היעד. המציאות השכיחה יותר, הינה קיומם של טיפולים קצרים, שאנו רואים בהם בטעות טיפולים ממושכים. בפועל גם אם אנו נשארים עם אותה אוכלוסייה המטופלת כיום, אך נאמץ את עקרונות הטדק"מ במלואם או בחלקם, נראה שנוכל לנהל את הטיפול באופן מותאם יותר ובוודאי שיותר מתוכנן.

הימצאותו וייחודו של הפסיכולוג, הפועל בתוך ובשילוב המערכת החינוכית, שילוב המתבטא בדפוסי עבודתו ובהשקפה מקצועית המשלבת בתוכה גם גישה קהילתית-מערכתית-משפחתית, מזמנת עבודה עם המחנכים וההורים כגורמים בעלי כוח ופוטנציאל לשינוי עבור הילד, כשותפים לתהליך הטיפולי ולעיתים אף כיעד להתערבות טיפולית.

מרחב זה של המשפחה והמסגרת החינוכית, או במילים אחרות, הדמויות המשמעותיות בחיי הילד ושילובם בתהליך הטיפולי, מעוגן בחשיבה של הטדק"מ ומוצא ביטוי בעמדה האקטיבית והטכניקה הדרקטיבית. למעשה מרחב זה מעוגן מלכתחילה בחשיבה דינאמית הקלאסית, כאשר היא עוסקת בהתאמת הטיפול לילדים. התאמה זו דוגלת כי הורי הילד הינם דמויות מרכזיות בטיפול בילד ונוכחותם הכרחית ביצירת הברית הטיפולית, בעידוד הילד ותמיכה בהגעתו לטיפול ועד לשיתופם והפיכתם לחלק מהעבודה הטיפולית. סמירנוף [30] הבוחן היבט זה של מקום ההורים בטיפול בילדים, תוך סקירת תיאוריות דינאמיות שונות, מתייחס למרכיב אחרון זה במונח "פסיכותרפיה של התמיכה". ההבנה לצורך ולחשיבות העבודה עם ההורים, מוצאת את ביטויה גם באמירה כי טיפול בילדים, כולל בתוכו גם אופציה של טיפול רק בהורים עצמם, כדרך לגרימת העלמות קשיים אצל הילד.

המקבילה לרעיון זה בתוך המערכת החינוכית, לוקחת אותנו לדמות המחנך, המבוגר המשמעותי עבור הילד. בדומה לעמדה הטוענת כי ככל שהילד צעיר יותר, מקומם ותפקידם של ההורים מרכזי יותר [בר שדה 31,32], כך נכון הוא לגבי המחנכים במערכת החינוכית. העבודה עם הדמויות החינוכיות המשמעותיות עבור הילד, ולעיתים עם קבוצת השתייכותו החברתית, הופכת לכלי ומנוף לשינוי בעבודת הפסיכולוג. המסגרת והמחנכים בתוכה יכולים לשמש כגשר להתאמת העבודה הדינאמית עם ילדים בכלל והגישה הקצרה בתוכה. בראייה מערכתית נגדיר למעשה את הצוות החינוכי במונח של סמירנוף כיעד של "הפסיכותרפיה של התמיכה".

עמדה דומה לרעיונות אלה מביעה גם אוסטרול [18] המתייחסת להתערבויות טיפוליות בילדים מנקודת מבט של פסיכולוג העובד במערכת החינוך. המונח בו היא עושה שימוש הינו "טיפול פסיכולוגי משולב". כהן [33] מתארת בהרחבה גישות שונות המתייחסות לתפקידם ומעורבותם של ההורים בתהליך הטיפולי עם ילדים ומחזקת את החיוניות והייחודיות במאפייני עבודת הפסיכולוג במערכת החינוכית.

Hughe [34] בהתייחסותו לנושא פסיכותרפיה קצרת מועד והפסיכולוג החינוכי, טוען כי מודל זה הולם את עבודת הפסיכולוג מהסיבות הבאות: הגבלת הזמן שבה הפסיכולוג פועל. התמקדותה של שיטה טיפולית זו בתחום ספציפי של קושי עולה בקנה אחד עם רוחו של בית הספר ומטרותיו, יותר מאשר הפסיכותרפיה המקובלת. טיפולים קצרים מבוצעים מתוך הכרה בחשיבות שנוצעת לשינוי המערכות, המשפחתית והבית ספרית, במטרה לשנות את הילד. בעיות של ילדים מובאות לעתים תכופות בפני פסיכולוגים חינוכיים עוד בטרם הן מגיעות לסדר גודל שגורם למשפחה לפנות מרצונה לטיפול פסיכולוגי מחוץ לבית הספר. בהתאם, הפסיכולוג מסוגל להתערב בשלב מוקדם בהתפתחות הבעיה, שלב שבו יש לטיפול המוגבל בזמן את מירב הסיכויים להועיל לילד. בהתבססו על ממצאי מחקרים שונים, הוא אף מגיע למסקנה מרחיקת הלכת כי טיפול קצר מועד מועיל לילדים יותר מאשר טיפול ארוך טווח.

טדק"מ והפסיכולוג

תהליך רכישת ידע תיאורטי ומיומנות טיפולית והטמעתם בעבודה השוטפת של הפסיכולוג, הינו תהליך מורכב ומסועף. תהליך זה דורש שימוש במשאבים קיימים וחדשים, במסגרות לימוד והכשרה ואולי יותר מכל הוא דורש מוטיבציה ומאמץ מכוון ללמידה. אלה נדרשים כמובן ברמת הפרט, אך לא פחות ברמת השפ"ח כארגון ובתת מערכות שלו. הקשיים לשינוי ברמת הפרט ובוודאי ברמת הארגון, ככל שיהיו טבעיים, אנושיים ומוכרים, דורשים מוטיבציה הניזונה מתחושת צורך בשינוי.

על קיומם של אלה, ניתן ללמוד ממצאי סקר הפסיכולוגים החינוכיים שנערך ב 2006 [35]. בשל העובדה שהעיבוד הסופי של נתוני הסקר לא הסתיים, אציג מתוכו נתונים חלקיים וראשוניים. ככאלה, יש להתייחס אליהם כמצביעים על מגמות בלבד. מעבר להתרשמות כי הפסיכולוגים מעוניינים בהעמקת תחומי ידע רבים המאפיינים את עבודת הפסיכולוג, ברור ממגוון נתונים כי ניתנת חשיבות רבה לתחום הטיפולי, מבחינת הרצוי והמועדף על ידי הפסיכולוגים בהשוואה לתמונת המצב כיום. אצטט שלושה סעיפים בלבד:

נושא השתלמויות:

- **לימודי היסוד:** בולט בעיקר הרצון של הפסיכולוגים להרחיב את הידע באמצעות השתלמות בפסיכותרפיה. 82.66% מהפסיכולוגים חושבים שזהו תחום חשוב להם והיו רוצים להעמיק בו את הידע במידה רבה עד רבה מאוד.
- **מיומנויות:** באופן כללי, הפסיכולוגים החינוכיים היו מעדיפים להרחיב את בסיס הידע שלהם בתחום הטיפולי בעיקר בנושאי טיפול קצר מועד (81.85%), הדרכה ויעוץ להורים ומשפחה (78.74%), וטיפול פרטני בילדים לסוגיו (78.44%).

טיפול בילדים במסגרת השפ"ח:

- ממוצע המטופלים בשנה עומד על 7.2 מטופלים בטיפול קצר מועד (על פי הגדרות הסקר עד 5 פגישות), ו 2.1 מטופלים טיפול מתמשך (בהגדרת הסקר כל מה שמעל 5 פגישות). נתונים אלה מעלים שאלות המתייחסות לאי הבהירות מהו טיפול קצר של 5 פגישות והאם אכן מדובר בטיפול, כמו גם מהו הטיפול המתמשך, שכן יתכן ומדובר בטווח פגישות העומד באופן מובהק בהגדרתו כטיפול קצר. מעבר לשאלות אלה, הנתונים מעידים באופן ברור כי עיקר הטיפול בשפ"ח הינו קצר מועד, לפחות על ציר הזמן. אין אינפורמציה האם טיפולים קצרים אלה מבוססים על תיאוריה או טכניקה של הטיפול הקצר.

ממצאים אלה והשיעורים הגבוהים המאפיינים את כל אחת מהמגמות, מצביעים בברור על מוטיבציה ותחושת צורך בשינוי ברמת הפרט והארגון ועל כך שחסרים ידע, מסגרת תיאורטית, חשיבה ומסגרות למידה והכשרה העונים לאופן בו הטיפול מתקיים בפועל בשפ"ח. נראה שכיום אין צורך עוד לעסוק בשאלה האם צריך ויש מוטיבציה, אלא כיצד מתרגמים את אלה לתוכנית עבודה והכשרה.

ועוד הערה אחרונה. בויכוח המתקיים לגבי תהליך ההכשרה לטדק"מ, יש גישה הדוגלת בהכשרה של מטפלים צעירים בתחילת דרכם. גישה זו מניחה שבשלב זה בחייהם המקצועיים, המטפלים אינם מקובעים בגישה הקלאסית וניתן יהיה להנחיל להם את הטדק"מ ללא התנגדויות הצצות לאחר התבססות הגישה הקלאסית. גישה אחרת טוענת כי לטדק"מ נדרשת

למידה והכשרה מתמשכים בטיפול הקלאסי הארוך. רק לאחר רכישת מיומנות זו, מתאפשרת התאמת הטכניקות הדינאמיות לטדק"מ. בין אם נתמוך בגישה אחת או בשנייה, בין אם נחזיק בתיאוריה הדינאמית של הטיפול הקצר או בתיאוריה אחרת, חשוב לקיים ולבסס למידה והכשרה מעמיקים.

בהעדר ידע, שפה מקצועית ומיומנות טיפולית, פסיכולוג השפ"ח עלול למצוא עצמו ללא עמוד שדרה, המרכזי לעיסוקו, תפקידו וייחודו בשדה החינוכי. חסר זה, עלול לפגוע בכל תחומי עבודת הפסיכולוג ולא רק בתחום הטיפול. ההדגשה הינה על כל תחומי העבודה, שכן מהתיאוריה והשפה הטיפולית באשר היא, נגזרים ההבנה והיישום לכל טווח העיסוקים המקצועיים.

בהתייחס לטדק"מ חשוב לציין את האפשרות הגלומה ביישום גישה זו, בדומה ליישום החשיבה האנליטית הקלאסית, לעבודה ברמה הארגונית-מערכתית, הקבוצתית, הדרכה/ייעוץ להורים וכד'. אך על כך יש מקום להרחיב בהזדמנות אחרת.

מקורות

1. Barasch, A. (1999). Psychotherapy as a short story: Selection and focus in brief dynamic psychotherapy, *Journal of the American academy of psychoanalysis*, New York: spring.
2. ויצטום, א. ודסברג, ח. (1986). קשיים בישום שיטת הטיפול הדינמי הקצר: התנגדויות המטפלים. *שיחות*, 1 (1).
3. נוי שרב, ד. (1995). הסיום בטיפול דינמי קצר מועד ואישיות המטפל. *שיחות*, י" (1).
4. Hoyt, M. (1985). Therapist resistances to short term dynamic psychotherapy. *J. Am Acad. Psychoanal*, 13, 93-112.
5. איצקסון, י. (1989). פסיכותרפיות קצרות מועד במסגרת הפסיכאטריה הקהילתית פסיכותרפיה קצרת מועד (עמ' דנסברג, ח., איציקסון, י. ושפּלר, ג. (עורכים), בתוך 13-19). האוניברסיטה העברית ירושלים: מאגנס.
6. וינוקור, מ. ודסברג, ח. (1989). פסיכותרפיה דינמית קצרת מועד לפי הגישה הפסיכודינאמית: טכניקות. בתוך דנסברג, ח., איציקסון, י. ושפּלר, ג. (עורכים), פסיכותרפיה קצרת מועד (עמ' 37-52). האוניברסיטה העברית ירושלים: מאגנס.
7. בתוך ויצטום, א. (1989). בין התערבות במשבר-לפסיכותרפיה דינמית קצרת מועד. פסיכותרפיה קצרת מועד (עמ' 53-66). דנסברג, ח., איציקסון, י. ושפּלר, ג. (עורכים), האוניברסיטה העברית ירושלים: מאגנס.
8. Messer, S. B. (2001). What makes brief psychodynamic therapy time efficient. *Clinical Psychology: Science and Practice*; 8, 1.
9. Flegenheimer, W.V. (1982). *Techniques of Brief Psychotherapy*. New York, London: Jason Aronson.

10. פרויד, ז'. (2002). אנליזה סופית ואינסופית. בתוך ברמן, ע. ושמיר א. (עורכים), *הטיפול הפסיכואנליטי (עמ' 226-201)*. תל אביב: עם עובד.
11. Sifneos, P.E. (1991). Short-Term Dynamic Psychotherapy. In Masterson, J.F, Tolpin, M. & Sifneos, P.E.(Eds.), *Comparing Psychoanalytic Psychotherapies* (pp. 75-85). New York: Brunner/Mazel' Inc.
12. שפיר, ג. (2003). *עוד על פסיכותרפיה מוגבלת זמן*, האוניברסיטה העברית ירושלים: מאגנס.
13. לאור, א. (2002). פסיכותרפיה פסיכואנליטית ממוקדת ותחומה בזמן כמיכל ייחודי. *שיחות*, י"ז (1).
14. תלמוד בבלי מסכת שבת לא/א
15. Mann, J., & Goldman, R. (1982). *A Casebook in Time Limited Psychotherapy* New York: Mcgraw-Hill.
16. זלוטניק, ש. (2007). על יתרונותיו של הטיפול הדינאמי הממוקד, *פסיכולוגיה עברית*, הוצא בתאריך 01/05/08 <http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=1443>
17. ויצטום, א. וחוץ, א. (1989). טיפול דינאמי קצר רב שלבי – גישה התפתחותית מודל. *תיאורטי והצגת מקרה. שיחות*, ג' (3).
18. אוסטרוביל, ז'. (1955). *פתרונות פתוחים טיפול פסיכולוגי בילד ובסביבתו*, תל אביב: הוצאת שוקן.
19. Sledge, W. H., Moras, K., Hartley, D., & Levine, M. (1990). Effect of Time-Limited Psychotherapy on Patient Dropout Rates. *The American journal of psychiatry*; 147, 10.
20. Messer, S. B.(2001). What allows therapy to be brief? Introduction to the special series. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 1.
21. בקר, ד. וצפריר, ע. (1993). ארוך מקוצר או קצר ממושך? מחשבות על טיפול משפחתי. *קצר מועד, שיחות*, ח' (1).
22. Malan, D. (1976). *The Frontier of Brief Psychotherapy*, New York: Plenum Press.
23. Truant, G. S. (1999). Assessment of suitability for psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 53, pp. 17-34.
24. נבון, א., רומן, א. ושפיר, ג'. (1989). עיבוד פרידה ואובדן בטיפול דינאמי המוגבל בזמן ע"פ גיימס מאן, *שיחות*, ג' (3).
25. שפיר, ג. (1988). טיפולים דינמיים קצרי מועד – התפתחותם ומרכיביהם הטכניים. *המשותפים. שיחות*, 2 (2).
26. קלרמן, ר., עמיר, ו. ושפיר, ג. (1990). טדק"מ בגבר צעיר, הסובל מאישיות אובססיבית ומצורך לפרפקציוניזם. *שיחות*, ד' (3).

27. רומן, א., נאמן, ה. ושפּלר, ג. (1990). טדק"מ באישה, שסבלה מאפיזודה דכאונית עם קווי אישיות פסיביים ותלותיים. *שיחות*, ד' (3).
28. דסברג, ח. (1989). פסיכותרפיה קצרת מועד בניצולי שואה. בתוך דנסברג, ח., איציקסון, י. ושפּלר, ג. (עורכים), *פסיכותרפיה קצרת מועד* (עמ' 143-160). האוניברסיטה העברית ירושלים: מאגנס.
29. מסטר, ר. וחזן, י. (1989). פסיכותרפיה קצרת מועד פסיכוזות חריפות אצל חיילים. בתוך דנסברג, ח., איציקסון, י. ושפּלר, ג. (עורכים), *פסיכותרפיה קצרת מועד* (עמ' 197-205). האוניברסיטה העברית ירושלים: מאגנס.
30. סמירנוף, ו. (1994). *הפסיכואנליזה של הילד*, תל אביב: רשפים.
31. בר שדה, נ. (2004). תהליך העיבוד בפסיכותרפיה עם ילדים, *פסיכולוגיה עברית*, בתאריך 01/05/08 <http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=217> הוצא
32. בר שדה, נ. (2004). ברית טיפולית בטיפול בילדים, פסיכולוגיה עברית, הוצא בתאריך 01/05/08 <http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=225>
33. כהן, א. (1966). גישות לתפקיד ההורים ומעורבותם בתהליך הטיפול בבעיות ילדים. בתוך לסט, א. וזילברמן, ס. (עורכים), *סוגיות בפסיכולוגיה של בית הספר*, (עמ' 162-197). האוניברסיטה העברית ירושלים: מאגנס.
34. Hughes, J.N.(1990). *The Handbook of School Psychology* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
35. שרות פסיכולוגי יעוצי. (2006). *סקר פסיכולוגים*, משרד החינוך. – עדיין לא פורסם