פרק 1

הגורמים הטיפוליים

האם טיפול קבוצתי עוזר למטופלים? בהחלט כן. מקבץ נרחב ומשכנע של מחקרי תוצאה (outcome research) הראה באופן חד־משמעי שהטיפול הקבוצתי הוא צורה יעילה ביותר של פסיכותרפיה, והוא שקול לפחות לטיפול הפרטני ביכולתו להביא הטבה משמעותית.[1]

כיצד טיפול קבוצתי עוזר למטופלים? שאלה תמימה, אולי. אבל אם נוכל להשיב עליה במידה מסוימת של דיוק וודאות, יהיה בידינו עיקרון מארגן מרכזי, שנוכל לבחון לאורו את מרבית הבעיות השנויות במחלוקת והטורדות ביותר בפסיכותרפיה. מרגע שיזוהו, ישמשו ההיבטים המכריעים של תהליך השינוי בסיס רציונלי, שיוכל לסייע למטפל בבחירת טקטיקות ואסטרטגיות לעיצוב החוויה הקבוצתית, באופן שיעצים את כוחה בעבודה עם מטופלים שונים ובמערכי טיפול שונים.

אני רואה את השינוי הטיפולי כתהליך מורכב להפליא המתחולל דרך משחק גומלין רב פנים של חוויות אנושיות, שאתייחס אליהן כאן כאל 'גורמים טיפוליים'. יש יתרון ניכר ביכולת לגשת אל המורכב דרך הפשוט, לתופעה השלמה דרך תהליכי היסוד המרכיבים אותה. בהתאם, אתחיל בתיאור גורמי היסוד האלה ובדיון בטיבם ובמשמעותם.

מנקודת המבט שלי, קווי הפרָדה טבעיים מחלקים את החוויה הטיפולית לאחד עשר גורמים ראשוניים:

1. הפחת תקווה.
2. אוניברסליות.
3. הקניית מידע.
4. זוּלתנות (אלטרואיזם).
5. שחזור מתַקן של הקבוצה המשפחתית הראשונית.
6. פיתוח טכניקות של חִברות (סוציאליזציה).
7. חיקוי.
8. למידה בין־אישית.

9. לכידות קבוצתית.
10. קתרזיס.
11. גורמים קיומיים.

בפרק הזה אדון בשבעת הגורמים הראשונים. אני רואה בלמידה הבין־אישית ובלכידות הקבוצתית גורמים חשובים ומורכבים מאוד ולכן טיפלתי בהם בנפרד, בשני הפרקים הבאים. גורמים קיומיים יידונו בפרק 4, שכן יוכלו להתבאר ביתר בהירות בהקשר של חומר אחר המוצג שם. נושא הקתרזיס שזור ללא הפרד בשאר הגורמים הטיפוליים, ויידון אף הוא בפרק 4.

ההבחנות בין הגורמים האלה הן שרירותיות. אף שאני דן בהם בנפרד, לאמתו של דבר הם תלויים הדדית, ואף אחד מהם אינו מתרחש או פועל בנפרד. יתרה מזאת, הגורמים האלה עשויים לייצג חלקים שונים של תהליך השינוי: יש גורמים (למשל, הבנה עצמית) הפועלים ברמת ההכרה; אחרים (למשל, פיתוח טכניקות חברות) פועלים ברמת השינוי ההתנהגותי; עוד אחרים (כמו קתרזיס) פועלים ברמת הרגש, ויש גורמים (לכידות, למשל) שאפשר לתאר אותם ביתר דיוק כתנאים מוקדמים לשינוי.@ אותם גורמים טיפוליים פועלים בכל סוג של קבוצה טיפולית, אך יחסי הגומלין ביניהם וחשיבותם היחסית עשויים להשתנות במידה רבה מקבוצה לקבוצה. זאת ועוד, בשל הבדלים אינדיבידואליים המשתתפים באותה קבוצה מפיקים תועלת ממקבצים שונים לגמרי של גורמים טיפוליים.@

אם נזכור שהגורמים הטיפוליים הם מבנים שרירותיים, נוכל לראות בהם עזרים המספקים מפה קוגניטיבית לתלמיד/לקורא. מקבץ זה של גורמים טיפוליים אינו תורה מסיני; מטפלים וחוקרים אחרים הגיעו לקבוצות שונות, אף הן שרירותיות, של גורמים.[2] אף מערכת של הסברים אינה יכולה להקיף את כל הפסיכותרפיה. התהליך הטיפולי הוא מיסודו מורכב לאין שיעור, ואין סוף למספר הנתיבים העוברים דרך החוויה הטיפולית. (בכל הסוגיות האלה אדון ביתר הרחבה בפרק 4).

רשימת הגורמים הטיפוליים שאני מציע היא תולדת הניסיון הקליני שלי, ניסיונם של מטפלים אחרים, הבחנותיהם של אנשים שעברו טיפול קבוצתי מוצלח ומחקרים שיטתיים רלוונטיים. אבל יש להדגיש שאף אחד מן המקורות האלה אינו מעבר לכל ספק; מנחי קבוצות ומטופלים גם יחד אינם לגמרי אובייקטיביים, ושיטות המחקר שלנו הן לעתים קרובות גולמיות מדי, ובלתי ישימות.

מן המטפלים הקבוצתיים אנחנו מקבלים רשימות משתנות וחסרות עקיבות פנימית של גורמים טיפוליים (ראו פרק 4). המטפלים, שאי־אפשר בשום פנים לומר שהם חסרי פניות ובלתי משוחדים, השקיעו זמן ומרץ ניכרים בלמידה וביישום של גישה טיפולית מסוימת. תשובותיהם מוכתבות בעיקרן על ידי האסכולה שהם דוגלים בה. אפילו בקרב מטפלים אשר שותפים לאותה אידאולוגיה ודוברים אותה שפה מקצועית נמצא לעתים שאין ביניהם כל הסכמה באשר לסיבות מדוע מטופלים משתפרים. במחקר על קבוצות

מפגש שערכתי עם עמיתים למחקר גילינו שמנחי קבוצות מצליחים רבים מייחסים את הצלחתם לגורמים שאין להם כל קשר לתהליך הטיפולי, כמו טכניקת הכיסא החם, תרגילים בלתי מילוליים, או ההשפעה הישירה שיש לאישיותו של המטפל (ראו פרק 16).[3] אבל זה לא צריך להפתיע. תולדות הפסיכותרפיה מלאות מטפלים שהיו יעילים, אך לא מהסיבות שהם שיערו. במקרים אחרים אנחנו, המטפלים, מרימים את ידינו במבוכת אין אונים. למי לא היה מטופל שהשתפר בלא הכר מסיבות שנסתרו מבינתו?

חברי קבוצה יכולים לספק בתום טיפול קבוצתי נתונים על הגורמים הטיפוליים שנראים להם מועילים יותר ופחות. עם זאת, ידוע לנו שהערכות כאלה אינן שלמות, ורמת הדיוק שלהן מוגבלת. האם לא סביר להניח שחברי הקבוצה יתמקדו בראש ובראשונה בגורמים שטחיים, ויזניחו כוחות טיפוליים עמוקים שמעבר להשגתם? האם תגובותיהם לא יושפעו ממגוון גורמים קשים לשליטה ולביקורת? אפשרי בהחלט, למשל, שהבחנותיהם יסתלפו בשל אופי יחסיהם עם המטפל ועם הקבוצה. (צוות חוקרים אחד הראה שאם מראיינים מטופלים ארבע שנים אחרי סיום הטיפול, הם נוטים הרבה יותר להתייחס להיבטים לא מועילים או מזיקים של ההתנסות הקבוצתית לעומת ראיונות שנערכו מיד לאחר תום הטיפול).[4] מחקרים הראו גם שגורמים טיפוליים שנראים מרכזיים לחברי קבוצה עשויים להיות שונים במידה רבה מאלה שהמטפל או משקיפים מהצד מונים כחשובים,[5] הבחנה שנכונה גם לטיפול פרטני. נוסף על כך, גורמים משניים רבים משפיעים על הערכתו של המטופל ביחס לגורמים הטיפוליים: למשל, משך הטיפול ורמת התפקוד של המטופל,[6] סוג הקבוצה (כלומר, אם זאת קבוצת חולים מאושפזים, מטופלי מרפאות חוץ, בית חולים יום, טיפול קצר מועד וכיוצא באלה),[7] גילו של המטופל ואבחנתו[8] והאידאולוגיה שמנחה את מנחה הקבוצה.[9] גורם נוסף המסבך את החיפוש אחר גורמים טיפוליים משותפים הוא המידה שבה חברי קבוצה שונים תופסים וחווים אותו אירוע בדרכים שונות.@ כל חוויה נתונה עשויה להיות חשובה או מועילה לאחדים וחסרת חשיבות או אפילו מזיקה לאחרים.

על אף כל המגבלות האלה דיווחיהם של מטופלים הם מחצב עשיר ולא מנוצל יחסית של מידע. בסופו של דבר זאת ההתנסות שלהם, שלהם בלבד, וככל שאנחנו מתרחקים מחווייתו של המטופל, המסקנות שלנו היקשיות יותר. אין ספק, יש היבטים של תהליך השינוי הפועלים מעבר להבחנתו המודעת של המטופל, אך אין משתמע מכך שעלינו להתעלם ממה שיש לו לומר.

ליקוט דיווחיהם של מטופלים הוא סוג של אמנות. עט ונייר או שאלון מובנה מספקים נתונים שקל לקבל בדרך זו, אך במקרים רבים מחמיצים את הדקויות והעושר הכרוכים בהתנסותו החווייתית של המטופל. ככל שהחוקר או המראיין מצליח לחדור לעולמו החווייתי של המטופל, הדיווח צלול ומשמעותי יותר. במידה שהמטפל מסוגל לכבוש הטיות אישיות ולהימנע מלהשפיע על תשובותיו של המטופל, הוא יהיה המראיין האידאלי: המטפל זוכה לאמונו של המטופל ומבין יותר מכל אחד אחר את עולמו הפנימי.

נוסף על השקפותיהם של מטפלים ודיווחיהם של מטופלים, יש שיטה חשובה שלישית להערכת הגורמים הטיפוליים: המחקר השיטתי. האסטרטגיה המחקרית הנפוצה ביותר עד כה היא חיפוש מִתאם בין משתנים תוך־טיפוליים לתוצאות הטיפול. כשמגלים לאילו משתנים יש זיקה מובהקת לתוצאות מוצלחות, זה יכול לשמש בסיס סביר שממנו אפשר להתחיל להתוות את הגורמים הטיפוליים. הצרה היא שיש בעיות רבות בגישה הזאת: מדידת התוצאה היא כשלעצמה סבך מתודולוגי לא פשוט, וברירת המשתנים התוך־טיפוליים ומדידתם היא משימה לא פחות בעייתית.[10]*

כשהתוויתי את הגורמים הטיפוליים הנדונים בספר הזה שאבתי מכל השיטות האלה. עם זאת, אני לא רואה במסקנותיי משהו מוחלט; אני מציע אותן כקווים מנחים זמניים בלבד, פתוחים לבדיקה ולהעמקה מצד חוקרים קליניים אחרים. אני סומך את ידי עליהם, בהיותם נסמכים על מיטב הראיות המצויות בעת הזאת, ובכך יש להם מבחינתי בסיס לגישה יעילה לטיפול.

הפחת תקווה

הפחת תקווה ושימורה הם גורם מכריע בכל פסיכותרפיה. תקווה נדרשת לא רק כדי להשאיר את המטופל בטיפול על מנת שגורמים טיפוליים אחרים יוכלו לפעול, אלא האמונה בדרך הטיפולית יכולה בפני עצמה להיות אמצעי טיפולי יעיל. כמה מחקרים הראו מתאם מובהק בין ציפייה גבוהה לעזרה עוד לפני תחילת הטיפול לבין תוצאה טיפולית חיובית.[11] ראוי גם לציין את הנתונים הרבים המתעדים את יעילותם של ריפוי באמונה וטיפולי אֵינבו (פלצבו) — טיפולים המבוססים אך ורק על כוח השכנוע והתקווה. בפסיכותרפיה יש סיכוי גבוה יותר לתוצאה חיובית כשלמטופל ולמטפל יש ציפיות דומות מן הטיפול.[12] כוחן של הציפיות חורג מעבר לדמיון גרדא. מחקרי הדמיה מוחית שנערכו באחרונה מלמדים שטיפול אינבו אינו בלתי פעיל, אלא יכול להיות בעל השפעה פיזיולוגית ישירה על המוח.[13]

מטפל קבוצתי יכול לנצל את הגורם הזה בכך שיעשה כל שביכולתו כדי לחזק את אמונתם וביטחונם של המטופלים ביעילות הטיפול הקבוצתי. התהליך מתחיל עוד בטרם יחלו המפגשים הקבוצתיים, בשלב ההכנה המוקדמת, שבו המטפל מחזק ציפיות חיוביות, מתקן תפיסות מוקדמות שליליות, ומציג הסבר בהיר וממצה על כושר הריפוי של הקבוצה. (ראו בפרק 10 דיון נרחב על תהליך ההכנה לקבוצה).

טיפול קבוצתי לא רק שואב מהשפעותיהן המיטיבות הכלליות של ציפיות חיוביות, אלא מפיק תועלת גם ממקור תקווה ייחודי למתכונת הקבוצתית. קבוצות טיפוליות

* אפשר להעריך בצורה טובה יותר את תוצאת הטיפול באופן כללי מאשר למדוד את הקשרים בין משתני התהליך השונים לתוצאותיו. קיוליגן (Kivlighan) ועמיתיו פיתחו סולם מבטיח, 'סולם ההשפעות הקבוצתיות המועילות', שמנסה לתפוס את תהליך הטיפול הקבוצתי בכללותו בצורה רב־ממדית שמקיפה משימות טיפוליות וקשרים טיפוליים לצד משתנים הנוגעים לתהליך הקבוצתי, למטופל ולמנחה הקבוצה.

כוללות תמיד מטופלים שנמצאים בנקודות שונות על הרצף של התמודדות־התמוטטות. כל חבר יוצר מגע נרחב עם חבריו המטופלים — לעתים קרובות בעלי בעיות דומות — שמצבם השתפר תוך כדי הטיפול. לא פעם שמעתי מהצד מטופלים מעירים בסוף טיפול קבוצתי כמה חשוב היה להם להיות עדים לשיפור אצל אחרים. מעניין לציין שתקווה יכולה להיות כוח רב עצמה אפילו בקבוצות של חולי סרטן מתקדם כשחברי קבוצה אהובים ויקרים ללבם הולכים לעולמם. תקווה היא דבר גמיש — היא מגדירה את עצמה מחדש בהתאם לפרמטרים המידיים, והופכת לתקווה לנוחות, לכבוד עצמי, לחיבור עם אחרים או למינימום של מצוקה פיזית.[14]

מטפל קבוצתי אינו צריך בשום פנים להרגיש כאילו אין זה לכבודו לנצל את הגורם הזה באמצעות הסבת תשומת הלב מפעם לפעם לשיפור שחל אצל חברי הקבוצה. אם קורה שאני מקבל מחבר שפרש לאחרונה מן הקבוצה מכתב ובו הוא מדווח לי על המשך השיפור במצבו, אני מקפיד לשתף בכך את הקבוצה הפעילה. חברי קבוצה ותיקים נוטלים לעתים קרובות את תפקיד 'נושאי הבשורה' בכך שהם מספקים עדויות ספונטניות לחברים חדשים, ספקנים.

מחקרים מראים גם שיש חשיבות עליונה לאמונה של המטפל בעצמו וביעילות הקבוצה שלו.[15] אני מאמין באמת ובתמים שאני מסוגל לעזור לכל מטופל בעל מוטיבציה שמוכן לעבוד על עצמו במסגרת הקבוצה לפחות חצי שנה. בפגישות הראשוניות שאני מקיים בנפרד עם מועמדים לקבוצה אני משתף אותם בשכנוע הזה שלי ומנסה להחדיר בהם את האופטימיות המנחה אותי.

רבות מקבוצות העזרה העצמית — למשל, 'ידידים אכפתיים' (להורים שכולים), 'גברים הנאבקים באלימות' (גברים מכים), 'קרבנות גילוי עריות', ו'לב שלם' (אנשים שעברו ניתוח לב) — מדגישות את הגורם הזה של הפחת תקווה.[16] חלק גדול מהפגישות של 'החלמה בע"מ' (לחולים פסיכיאטריים בעבר ובהווה) ו'אלכוהוליסטים אנונימיים' מוקדש לעדויות אישיות של חברי הקבוצה. בכל פגישה חברי 'החלמה בע"מ' מספרים על תקריות מלחיצות שבהן הם נמנעו מן הלחץ בעזרת השיטות של הקבוצה, וחברים מצליחים ב'אלכוהוליסטים אנונימיים' מספרים את סיפורי הנפילה או ההתגברות שלהם בעזרת הקבוצה. אחד מסודות הכוח של 'אלכוהוליסטים אנונימיים' הוא העובדה שמנחי הקבוצות הם כולם אלכוהוליסטים לשעבר, ומשמשים מקור השראה חיה לכל המשתתפים.

גם בתכניות לטיפול במכורים לסמים נהוג להפיח תקווה במשתתפים באמצעות שימוש במכורים לשעבר שהשתקמו כמנחי קבוצות. החברים שואבים השראה וציפיות לגמילה מוצלחת מכוח המגע עם אלה שהחליקו באותו מדרון ומצאו את הדרך חזרה. גישה דומה משמשת בטיפול בחולים במחלות כרוניות, כמו דלקת פרקים ומחלת לב. קבוצות תמיכה אלה נעזרות באנשים עם בעיות דומות לעודד את החברים להתמודד באורח פעיל עם מחלתם.[17] ההשראה שהחברים שואבים מדמויות ההזדהות האלה מניבה שיפור משמעותי במצבם הרפואי, מפחיתה עלויות רפואיות, מחזקת את תחושת

המסוגלות העצמית של החולים, ובמקרים רבים הופכת את ההתערבות הקבוצתית מוצלחת יותר מטיפול פרטני.[18]

אוניברסליות

מטופלים רבים מתחילים טיפול עם המחשבה המטרידה שהם ייחודיים באומללותם, שהם לבדם סובלים מסוגים שונים של בעיות, מחשבות, פנטזיות ודחפים מפחידים או בלתי מקובלים. כמובן, יש גרעין של אמת בתפיסה הזאת, שכן רוב המטופלים נחשפו למקבץ ייחודי של לחצי חיים קשים, ומוצפים מעת לעת בחומר מפחיד הדולף מהלא־מודע שלהם החוצה.

במידת מה זה נכון לכולנו, אבל מטופלים רבים, בגלל הבידוד החברתי הקיצוני שלהם, חווים תחושה מוגברת של ייחודיות. קשייהם הבין־אישיים מונעים את האפשרות של אינטימיות עמוקה. בחיי היום־יום הם אינם לומדים על חוויות ורגשות דומים של אחרים, ואינם זוכים להזדמנות להתחלק עם אחרים בדברים אינטימיים, ובסופו של דבר לקבל אישור ולהתקבל על ידי זולתם.

בקבוצה הטיפולית, במיוחד בשלביה הראשונים, הפרכת תחושות הייחודיות של המטופל היא מקור הקלה חזק מאוד. אחרי שהם שומעים חברים אחרים מספרים על דאגות וקשיים דומים לשלהם, מטופלים מדווחים שהם מרגישים יותר במגע עם העולם, ומתארים את התהליך כחוויה של 'ברוך הבא למין האנושי'. במילים פשוטות, התופעה מוצאת את ביטויה בקלישאה 'כולנו באותה סירה' — או אולי ביתר ציניות, 'צרת רבים חצי נחמה'.

אין מעשה אנושי או מחשבה אנושית שחורגים לגמרי מחוץ לטווח ההתנסות והחוויה של אנשים אחרים. שמעתי חברי קבוצה חושפים מעשים כמו גילוי עריות, עינוי, פריצה לבתים פרטיים, מעילה, רצח, ניסיון התאבדות ופנטזיות בעלות אופי נואש אף יותר. בכל המקרים ראיתי חברי קבוצה אחרים מאמצים מעשים אלה ככאלה שבתחום האפשר בחייהם ובעולמם, ואפילו נכנסים בשער החשיפה העצמית שנפתח הודות לאמונו או לאומץ לבו של אחד מחברי הקבוצה. לפני שנים רבות ציין פרויד ששני סוגי הטבו המושרשים ביותר (נגד גילוי עריות ורצח אב) נוצרו דווקא משום שאותם דחפים עצמם הם חלק עמוק ביותר בטבע האדם.

הצורה הזאת של סיוע אינה מוגבלת לטיפול קבוצתי. האוניברסליות ממלאת תפקיד גם בטיפול פרטני, אם כי במתכונת הזאת יש פחות הזדמנות לתיקוף מוסכם (consensual validation), שכן מטפלים בוחרים להגביל את דרגת השקיפות האישית שלהם.

במרוצת האנליזה שלי, בת 600 השעות, זכור לי מפגש אישי אחד בולט ומפתיע עם האוניברסליות כגורם טיפולי. זה קרה כשתיארתי למטפל שלי את רגשותיי החצויים כלפי אמי. הייתי מוטרד מאוד באותו זמן מן העובדה שעל אף רגשותיי החיוביים

נתקפתי משאלת מוות כלפיה, שכן הייתי צפוי לרשת את אחוזתה. הפסיכואנליטיקאי שלי הגיב בפשטות, 'מסתבר שכך אנחנו בנויים'. תגובתו הטבעית והפשוטה לא רק הסבה לי הקלה ניכרת, אלא גם אפשרה לי לחקור לעומק את יחסי הדו־ערכי אליה.

למרות המורכבות של בעיות אנוש, מכנים משותפים מסוימים בין בני אדם בולטים לעין, וחברי קבוצה טיפולית נוכחים עד מהרה בקווי הדמיון ביניהם. דוגמה מניסיוני כמטפל תמחיש את זה: במשך שנים רבות נהגתי לבקש מחברי קבוצות התנסות (T-groups) בהנחייתי (אלה אינם מטופלים — הקבוצות מורכבות בעיקרן מסטודנטים לרפואה, מתמחים בפסיכיאטריה, אחיות, פסיכיאטרים מתלמדים ומתנדבים בחיל השלום; ראו פרק 16) להשתתף במשימה 'סודית ביותר' שבה התבקשו לכתוב בעילום שם על פתק את הדבר האחד שהם נרתעים יותר מכול לשתף עם הקבוצה. התברר שהסודות דומים להפליא, עם כמה מוטיבים עיקריים שנטו לחזור על עצמם. הסוד המשותף ביותר הוא שכנוע עמוק בדבר חוסר ערך עצמי בסיסי — הרגשה של האדם שהוא ביסודו חדל אישים, לא יוצלח, ועושה את דרכו בחיים באמצעות העמדת פנים והתחזות. הסוד השני מבחינת שכיחותו הוא תחושה עמוקה של ניכור בין־אישי — שלמרות הרושם החיצוני אנשים אינם מרגישים אהובים, או אינם יכולים לאהוב אף אחד, או לחוש אכפתיות אמתית כלפי מישהו. הקטגוריה השלישית היא סוג כלשהו של סוד מיני. אותן דאגות מרכזיות של אנשים שאינם בטיפול מאפיינות מבחינה איכותית גם את אלה הפונים לעזרה מקצועית. כמעט בכל מקרה המטופלים שלנו חווים דאגה עמוקה ביחס לתחושת הערך שלהם וליכולתם להתייחס לאחרים.*

כמה קבוצות לנושאים מיוחדים, המורכבות מאנשים שסודיות היא עבורם נושא חשוב במיוחד וגורם מבודד, שמות דגש מיוחד על אוניברסליות. למשל, קבוצות מובָנות קצרות מועד לנערות בולימיות משלבות בכללי היסוד של הקבוצה דרישה לחשיפה עצמית, במיוחד בכל הנוגע לעמדות כלפי דימוי הגוף ודיווחים מפורטים של כל חברה על נוהגי האכילה והרגלי ריקון הקיבה שלה. למעט יוצאות מן הכלל נדירות, המטופלות מביעות הקלה רבה כשהן מגלות שאינן לבד, שאחרות זולתן שותפות לאותם לבטים וחוויות.[19]

גם חברי קבוצות לקרבנות ניצול מיני מפיקים תועלת עצומה מחוויית האוניברסליות.[20] חלק בלתי נפרד מהקבוצות האלה הוא השיתוף האינטימי — במקרים רבים לראשונה בחייו של כל חבר — בפרטי הניצול המיני שעברו והנזק הנפשי שסבלו בעקבותיו. חברי קבוצות כאלה פוגשים במסגרת הקבוצה אנשים אחרים שסבלו מהתעללויות דומות כילדים, שלא היו אחראים למה שקרה להם, וסבלו אף הם, ועדיין סובלים, מרגשות עמוקים של בושה, אשמה, זעם ותחושה פנימית של לכלוך. הרגשת

---

* יש כמה שיטות להשתמש במידע כזה בעבודה הקבוצתית. אחת הטכניקות היעילות היא לחלק מחדש את הפתקים עם הסודות האנונימיים לחברי הקבוצה כך שכל אחד מקבל סוד של מישהו אחר. כל חבר מתבקש לקרוא בקול את הסוד שקיבל ולומר כיצד היה מרגיש לו זה היה הסוד שלו. השיטה מוכיחה את עצמה בדרך כלל כהמחשה רבת ערך של אוניברסליות, אמפתיה, ויכולתם של אחרים להבין.

אוניברסליות היא במקרים רבים צעד בסיסי קדימה בטיפול במטופלים הסובלים מבושה, סטיגמה והאשמה עצמית, למשל, מטופלים חולי איידס או נשאי איידס, או כאלה המתמודדים עם רגשות קשים בעקבות התאבדותו של אדם קרוב.[21]

חברי קבוצות הומוגניות יכולים לדבר ביניהם מתוך אותנטיות עמוקה, הנובעת מהתנסותם הישירה, בדרכים שמטפלים לא תמיד מסוגלים להן. לדוגמה, שימשתי פעם מדריך למטפל בן 35 שהנחה קבוצת גברים בדיכאון שהיו בשנות השבעים והשמונים לחייהם. בשלב מסוים באחת הפגישות ביטא אחד המטופלים, גבר בן 77 שהתאלמן לא מכבר מאשתו, מחשבות התאבדות. המטפל היסס, מחשש שכל מה שיאמר עלול להישמע תמים. ואז התערב חבר אחר בקבוצה, גבר בן 91, ותיאר כיצד התאלמן מאשתו בת ה־60 ושקע בדיכאון אבדני, אך בסופו של דבר התאושש וחזר לחיים. דבריו מצאו אוזן קשבת, ולא נדחו על הסף.

בקבוצות רב תרבותיות המטפל צריך לעתים לשים לב באופן מיוחד לגורם האוניברסליות. בני מיעוטים תרבותיים בקבוצה המורכבת בעיקרה מלבנים עלולים להרגיש מחוץ למעגל בשל עמדות ונישות תרבותיות שונות ביחס לחשיפה, לתקשורת ולביטוי רגשי. המטפל צריך לעזור לקבוצה לעבור מעבר להתמקדות בהבדלים תרבותיים צרים לתגובות בין־תרבותיות – דהיינו, אוניברסליות – לטרגדיות ולמצבים אנושיים.[22] בה בעת המטפל חייב להיות ער ומודע לגורמים התרבותיים הנמצאים בפעולה. אנשי מקצוע בתחומי בריאות הנפש לוקים לעתים קרובות בחסר בכל הנוגע להכרת תרבויות זרות, שנדרשת כדי לעבוד ביעילות עם קבוצות בעלות מגוון תרבותי. שומה על מטפל כזה ללמוד ככל האפשר על תרבויותיהם של מטופליו ועל זיקתם או התנכרותם לתרבותם.[23]

לאוניברסליות, כמו לשאר הגורמים הטיפוליים, אין גבולות חדים; היא מתמזגת בשאר הגורמים הטיפוליים. כשמטופל רואה את הדמיון בינו לבין האחרים ומתחלק בדאגותיו העמוקות, הוא מרוויח גם מן הקתרזיס שמתלווה לכך ומהתקבלותו עקב כך בקרב חברי הקבוצה (ראו פרק 3 על לכידות קבוצתית).

הקניית מידע

תחת הכותרת הכללית 'הקניית מידע' אני כולל הדרכה דידקטית על בריאות נפשית, מחלת נפש ופסיכודינמיקה כללית מפי המטפל, וכן עצות, הצעות והנחיות כלליות מצד המטפל או חברי קבוצה אחרים.

הדרכה דידקטית

רוב המטופלים לומדים רבות במהלכו של טיפול קבוצתי אינטראקציוני (interactional group therapy, טיפול המתמקד ביחסי הגומלין בתוך הקבוצה) מוצלח על תפקוד נפשי, על משמעותם של תסמינים, על דינמיקה בין־אישית וקבוצתית ועל תהליך

הפסיכותרפיה. ככלל, התהליך הלימודי סמוי בעיקרו; רוב המטפלים הקבוצתיים אינם מספקים הסברים דידקטיים גלויים במהלך טיפול קבוצתי אינטראקציוני. עם זאת, בעשור האחרון גישות רבות לטיפול קבוצתי משלבות הסברה פסיכולוגית פורמלית, או מרכיב פסיכו־חינוכי, כחלק חשוב בתכנית הטיפולית.

אחד התקדימים ההיסטוריים הבולטים להדרכה פסיכו־חינוכית מופיע בעבודתו של מקסוול ג'ונס, שבמהלך עבודתו עם קבוצות גדולות בשנות הארבעים הרצה למטופליו שלוש שעות בשבוע על מבנה מערכת העצבים, תפקודה וזיקתה לתסמינים פסיכיאטריים ולמוגבלות נפשית.[24]

מארש, שכתב בשנות השלושים, האמין אף הוא בחשיבות המרכיב הפסיכו־חינוכי, וארגן למטופליו כיתות לימוד, ובכלל זה הרצאות, שיעורי בית ואפילו ציונים.[25]

'החלמה בע"מ', תכנית העזרה העצמית הוותיקה והגדולה ביותר בארצות הברית לחולים פסיכיאטריים בעבר ובהווה, מאורגנת ביסודה על בסיס דידקטי.[26] הארגון, שנוסד ב־1937 על ידי אברהם לאו, מונה כיום יותר מ־700 קבוצות פעילות.[27] החברות בקבוצה היא על בסיס התנדבותי, והמנחים צומחים מבין החברים. אף שאין כל הנחיה מקצועית רשמית, מהלך הפגישות בנוי במידה רבה על גישתו של ד"ר לאו; חלקים מספר הלימוד שלו, 'בריאות נפשית דרך אימון הרצון',[28] נקראים בקול ונדונים בכל פגישה. מחלת נפש מוסברת על בסיס כמה עקרונות פשוטים, שהחברים משננים – למשל, החשיבות שבאיתור התנהגות בעייתית ומזיקה; העובדה שתסמינים נוירוטיים מציקים אך אינם מסוכנים; שמתח מזין ומעצים את התסמין, וראוי להימנע ממנו; ששימוש ברצון החופשי הוא הפתרון ללבטיו הנפשיים של המטופל.

קבוצות עזרה עצמית רבות אחרות שמות אף הן דגש על הקניית מידע. קבוצות כמו 'קרבנות גילוי עריות', 'הורים אנונימיים', 'מהמרים אנונימיים', 'חיֵה את היום' (לחולי סרטן), 'הורים בלי בני זוג', ו'לב שלם' מעודדות חילופי מידע בין חבריהן, ומרבות להזמין מומחים להרצות בפני הקבוצה.[29] הסביבה הקבוצתית שבה מתנהלת הלמידה חשובה. ההקשר האידאלי הוא אווירה של שותפות ושיתוף פעולה, ולא של הכתבה וציות.

הספרות מהעת האחרונה בנושא הטיפול הקבוצתי מלאה בתיאורי קבוצות מיוחדות למטופלים הסובלים מהפרעה מוגדרת כלשהי או עומדים בפני משבר חיים גורלי – למשל, הפרעת אימה,[30] השמנת יתר,[31] בולימיה,[32] הסתגלות אחרי גירושים,[33] הרפס,[34] מחלת לב כלילית,[35] הורים לילדים שנוצלו מינית,[36] גברים מכים,[37] שכול,[38] איידס,[39] ליקוי מיני,[40] אונס,[41] שיקום הדימוי העצמי בעקבות כריתת שד,[42] כאב כרוני,[43] השתלת איבר[44] ומניעת שקיעה חוזרת בדיכאון.[45]

נוסף על הצעת תמיכה הדדית, קבוצות אלה משלבות בדרך כלל מרכיב פסיכו־חינוכי שמציע הסברה גלויה על טבע המחלה או על מצב החיים של המטופלים ובוחן את התפיסות השגויות של המשתתפים ואת תגובותיהם המזיקות למחלתם. לדוגמה, מנחי קבוצה של מטופלים הסובלים מהפרעת אימה מתארים את הסיבה הפסיכולוגית להתקפי האימה, ומסבירים שהלחץ והעוררות המוגברת מגבירים את זרימת האדרנלין,

וזה עלול להביא להתנשמות יתר, לקוצר נשימה ולסחרחורת. המטופל מפרש בטעות את התסמינים בדרכים שרק מגבירות אותם ('אני עומד למות' או 'אני משתגע'), ובכך יוצר מעגל קסמים שלילי. המטפלים דנים באופיים השפיר של התקפי האימה, ומסבירים תחילה כיצד למתן את ההתקף ואחר כך כיצד למנוע אותו. הם גם נותנים הנחיות מפורטות על טכניקות נשימה נכונה והרפיה שרירית מדורגת.

קבוצות הן לעתים קרובות הֶקשר שבו מלמדים גישות למודעות חדשה והפגת לחצים באמצעות מדיטציה. באמצעות התמקדות מבוקרת, חברי הקבוצה לומדים להיות משקיפים צלולים, מקבלים ולא שיפוטיים, על מחשבותיהם ורגשותיהם ולהפחית לחץ, חרדה ופגיעות לדיכאון.[46]

מנחי קבוצות טיפול לנשאי איידס מרבים להציע מידע רפואי שקשור למחלה, ועוזרים לתקן פחדים אירציונליים ותפיסות שגויות של המטופלים בכל הנוגע לסכנות הידבקות. הם עשויים גם לייעץ לחברים בדבר שיטות כיצד לספר לאנשים על מחלתם ולעצב לעצמם אורח חיים פחות מעורר אשמה.

מנחי קבוצות לשכולים עשויים לספק מידע על המחזור הטבעי של האבל כדי לעזור לחברי הקבוצה להבין שיש רצף מסוים של כאב שהם עתידים לעבור, ובמהלכו צפויה הפחתה טבעית, בלתי נמנעת כמעט, של מצוקתם עם המעבר משלב לשלב בתהליך. המנחה עשוי לעזור למטופלים לְצפות, למשל, את הכאב העמוק שיציף אותם בכל תאריך משמעותי (חגים, ימי נישואים וימי הולדת) בשנה הראשונה לאבל.

קבוצות פסיכו־חינוכיות לנשים שלקו בסרטן שד ראשוני מספקות למשתתפות מידע על מחלתן, על אפשרויות הטיפול ועל סיכונים עתידיים לצד המלצות לאורח חיים בריא יותר. הערכת התוצאות של קבוצות אלה מצביעה על שיפורים פסיכולוגיים ניכרים ובני קיימא אצל המשתתפות.[47]

רוב המטפלים הקבוצתיים משתמשים בסוג כלשהו של הדרכה מטרימה למטופלים שעומדים להיכנס למצב המפחיד של השתתפות בקבוצה טיפולית, כמו פגישת הכנה שנועדה להבהיר מהן הסיבות המרכזיות לליקוי פסיכולוגי ולספק הדרכה בנוגע לשיטות חקירה עצמית.[48] האפשרות לצפות את פחדיו של המטופל ולספק לו מערך קוגניטיבי סדור עוזרת לו להתמודד ביתר יעילות עם ההלם התרבותי שהוא עלול לחוות כשייכנס לטיפול הקבוצתי (ראו פרק 10).

הדרכה דידקטית משמשת, אם כן, בטיפול הקבוצתי במגוון צורות ואופנים: הספקת מידע, שינוי דפוסי חשיבה חבלניים, הבניית הקבוצה והסברת תהליך המחלה. במקרים רבים עצם ההדרכה פועלת ככוח מלכד ראשוני בקבוצה, עד שגורמים טיפוליים אחרים נכנסים לפעולה. עם זאת, הסבר והבהרה מתפקדים גם כגורמים טיפוליים יעילים בפני עצמם. מאז ומתמיד הגיבו בני אדם בחרדה למצבים של חוסר ודאות, ובמרוצת הדורות ביקשו למצוא סדר ביקום באמצעות הסברים, בעיקר דתיים או מדעיים. מציאת הסבר לתופעה היא הצעד הראשון לקראת שליטה בה. אם התפרצות וולקנית נגרמת על ידי אל זועם, לפחות יש תקווה לְרַצות את האל.

פרידה פרום־רייכמן מדגישה את גורם חוסר הוודאות כמקור לחרדה. המודעות לכך שאינך אדון לעצמך, היא מציינת, שתפיסותיך והתנהגותך נשלטות על ידי כוחות אירציונליים, היא כשלעצמה מקור יסודי ואוניברסלי לחרדה.[49]

העולם בן ימינו הוא מקום שבו אנחנו נאלצים לפגוש פחד וחרדה לעתים מזומנות. דוגמה בולטת היא אירועי ה־11 בספטמבר 2001, שהביאו את הרגשות המטרידים האלה באופן ברור יותר לחזית חייהם של בני אדם. התעמתות עם חרדות טראומטיות בדרך של התמודדות פעילה (למשל, מעורבות בחיים, התבטאות גלויה ומתן תמיכה הדדית), כנגד נסיגה מתוך הימנעות נכאה, היא גישה מועילה להפליא. תגובות אלה לא רק מדברות לשכל הישר שלנו, אלא גם, כמו שהמחקר הנוירו־ביולוגי העכשווי ממחיש, התמודדות פעילה לסוגיה מפעילה מעגלים עצביים חשובים במוח העוזרים לווסת את תגובות הלחץ של הגוף.[50]

הדבר נכון גם למטופלים בפסיכותרפיה: פחד וחרדה הנובעים מחוסר ודאות באשר למקור, למשמעות ולחומרה של תסמינים פסיכיאטריים עלולים להעצים את המצוקה הכללית במידה כזאת שחקירה יעילה נעשית קשה לאין שיעור. להדרכה דידקטית, הנותנת הסבר ומאפשרת התמצאות, יש אפוא ערך מובנה מעצם טבעה, וראוי שיהיה לה מקום ברפרטואר הכלים הטיפוליים שלנו (ראו פרק 5).

עצה ישירה

שלא כמו הדרכה דידקטית מפורשת מצד המטפל, עצות ישירות מצד חברי הקבוצה ניתנות בכל קבוצה טיפולית בלי יוצא מן הכלל. בקבוצות טיפול אינטראקציוני דינמי עצות ישירות ניתנות תמיד בחייה המוקדמים של הקבוצה, עד כי אפשר להשתמש בזה להערכת גילה. כשאני צופה, ישירות או בקלטת וידאו, בקבוצה שבה המטופלים אומרים כל הזמן משפטים כמו, 'אני חושב שאתה צריך ל...' או 'מה שאתה צריך לעשות זה...' או 'למה שלא תעשה...?' אני יכול להיות בטוח למדי שאו שהקבוצה צעירה, או שזאת קבוצה ותיקה יותר שנתקלה בקושי שבלם את התפתחותה או יצר תסוגה זמנית. במילים אחרות, מתן עצות יכול לשקף התנגדות לחיבור אינטימי יותר, שמתבטאת בכך שחברי הקבוצה מנסים לנהל יחסים במקום להתחבר. אף שמתן עצות הוא תופעה שכיחה בשלבים המוקדמים של הקבוצה הטיפולית האינטראקציונית, נדיר שעצה מסוימת מועילה ישירות למטופל כלשהו. עם זאת, באופן בלתי ישיר, מתן עצות משרת מטרה מסוימת: עצם התהליך של מתן העצות, יותר מתוכן העצות, עשוי להועיל בכך שהוא משדר ומבטא עניין ואכפתיות הדדיים.

התנהגות של מתן עצות או בקשת עצות היא לעתים קרובות רמז חשוב שעוזר להבהיר פתולוגיה בין־אישית. למשל, אותו מטופל המושך כל הזמן את שאר חברי הקבוצה לתת לו עצות והצעות רק על מנת לדחות אותן בסופו של דבר ולתסכל אותם, ידוע היטב למטפלים קבוצתיים כ'מתלונן דוחה עזרה' או 'המטופל של כן... אבל' (ראו פרק 13).[51] יש חברי קבוצה המנסים לזכות בתשומת לב והתייחסות בבקשם עצות

בקשר לבעיות חסרות פתרון, או כאלה שכבר נפתרו. אחרים מאזינים לעצות בשקיקה, אך לעולם אינם מחזירים באותה מטבע לחברים אחרים הזקוקים לכך באותה מידה. יש חברי קבוצה שחשוב להם כל כך לשמר עמדה חזקה בקבוצה, או חזות של הסתפקות עצמית שאננה, שהם לעולם אינם מבקשים עזרה באופן ישיר; אחרים להוטים כל כך לְרַצות שלעולם אינם מבקשים משהו לעצמם; עוד אחרים מפריזים בהבעת תודתם; ויש כאלה שאינם מכירים לעולם במתנה, אלא לוקחים אותה הביתה, כמו עצם, לכרסם בפרטיות.

סוגים אחרים של קבוצות מובְנות יותר, כאלה שאינן מתמקדות ביחסי הגומלין בין חבריהן, עושות שימוש מפורש ויעיל בהצעות ובהנחיות ישירות. בין אלה אפשר למנות קבוצות עיצוב התנהגות, קבוצות לקראת שחרור מבתי חולים או העברה לבתי חולים אחרים, קבוצות כישורי חיים, קבוצות כישורי תקשורת, 'החלמה בע"מ' ו'אלכוהוליסטים אנונימיים'. בכולן מרבים לתת עצות ישירות. קבוצה אחת של כישורי תקשורת לסובלים ממחלות פסיכיאטריות כרוניות מדווחת על תוצאות מצוינות עם תכנית מובנית, הכוללת משוב ממוקד, צפיות בהקלטות וידאו ומיזמי פתרון בעיות.[52] 'אלכוהוליסטים אנונימיים' עושה שימוש בהנחיות ובסממאות: למשל, חברים מתבקשים להתנזר משתייה למשך 24 השעות הבאות בלבד – 'כל יום בפני עצמו'. 'החלמה בע"מ' מלמדת את חבריה כיצד לאתר תסמינים נוירוטיים, כיצד למחוק ולשחזר, לחזור לספר ולבטל, וליישם ביעילות את כוח הרצון.

האם עצות מסוימות טובות מאחרות? חוקרים שבדקו קבוצת עיצוב התנהגות לגברים עברייני מין ציינו שעצות היו גורם שכיח ומועיל לחברים שונים במידות שונות. הצורה הפחות יעילה הייתה הצעות ישירות; הצורה היעילה ביותר הייתה סדרת הצעות חלופיות לגבי הדרך להשיג מטרה רצויה.[53] הדרכה פסיכו־חינוכית בדבר השפעתו של דיכאון על היחסים במשפחה יעילה הרבה יותר כשהמשתתפים בוחנים ברמה רגשית ישירה כיצד הדיכאון משפיע על חייהם ועל יחסיהם המשפחתיים. אותו מידע, כשהוא מוגש באופן אינטלקטואלי ומרוחק, מאבד הרבה מערכו.[54]

זוּלתנות (אלטרואיזם)

סיפור חסידי ישן מספר על רב שניהל שיחה עם אלוהים על גיהינום וגן עדן. 'אראה לך איך נראה גיהינום', אמר לו אלוהים, והוביל את הרב לחדר ובו קבוצת אנשים מורעבים ונואשים, ישובים סביב שולחן עגול גדול. במרכז השולחן ניצבה קדרה ענקית מלאה תבשיל מעורר תיאבון, חם ומהביל, שהספיק לכולם לשבוע עם שאריות. התבשיל העלה ריח ניחוח שגירה את בלוטות הרוק בפיו של הרב. אבל אף אחד לא אכל. כל אחד מהסועדים אחז בידו כף בעלת ידית ארוכה מאוד – ארוכה מספיק להגיע לקדרה ולהעלות מן התבשיל מלוא הכף, אך ארוכה מדי להביא את האוכל אל פיו. הרב ראה שסבלם אכן נורא, והרכין את ראשו בחמלה.

'עכשיו אראה לך את גן עדן', אמר אלוהים, והוביל אותו לחדר אחר, זהה לראשון: אותו שולחן עגול גדול, אותה קדרה ענקית עם אותו תבשיל, ואותן כפות בעלות ידית ארוכה. אבל הפעם שרתה בחדר שמחה גדולה; כולם נראו שבעים ומרוצים, שמנמנים וסמוקי לחיים, בריאים וקורנים מנחת.

הרב לא הבין, והביט בתמיהה אל אלוהים.

'זה פשוט מאוד', אמר אלוהים, 'אבל מחייב יכולת מסוימת. אתה מבין, האנשים בחדר הזה למדו להאכיל איש את רעהו!'*

בקבוצות טיפוליות, כמו בגן עדן הדמיוני שבסיפור, החברים מפיקים תועלת רבה מנתינה, לא רק בכך שהם מקבלים תמורתה עזרה כחלק מהתהליך ההדדי של נתינה וקבלה, אלא גם ממשהו מהותי לעצם מעשה הנתינה. מטופלים פסיכיאטריים רבים בתחילת טיפולם מתהלכים שפופים בתחושה עמוקה שאין להם דבר בעל ערך להציע לאחרים. הם רואים את עצמם זה שנים רבות, או אפילו מאז שהם זוכרים את עצמם, כנטל על אחרים, והגילוי שהם יכולים להיות חשובים ומועילים לזולתם הוא חוויה מרעננת שמחזקת את הערכתם העצמית. הטיפול הקבוצתי ייחודי בהיותו הטיפול היחיד שמציע למטופלים הזדמנות להביא תועלת לזולתם. הוא גם מעודד רבגוניות תפקודית בכך שהוא מחייב את המטופלים לעבור תדיר מעמדת מקבל העזרה לתפקיד נותן העזרה.[55]

וכמובן, מטופלים מביאים תועלת עצומה אלה לאלה בתהליך הטיפולי הקבוצתי. הם מציעים תמיכה, עידוד, הצעות, תובנות; הם משתפים את חבריהם לקבוצה בבעיות דומות. קורה לא פעם שמטופל מקבל את הבחנותיו של חבר אחר בקבוצה ביתר נכונות משהוא מוכן לקבל אותן מן המטפל. בעיני מטופלים רבים המטפל נותר בחזקת איש מקצוע בתשלום, ואילו שאר חברי הקבוצה מייצגים את העולם הממשי, האמתי, ואפשר לבנות על תגובותיהם כמשוב ספונטני ואמתי. במבט לאחור על התהליך הטיפולי, כמעט כל חברי הקבוצה מציינים חברים אחרים כגורם חשוב בשיפור במצבם. לפעמים הם מצטטים את תמיכתם הישירה ועצותיהם המפורשות, ולפעמים מתייחסים פשוט לעצם נוכחותם, שאפשרה להם לגדול כשהקשר התומך והמחזק משמש להם משען. דרך חוויית הזולתנות חברי הקבוצה לומדים מיד ראשונה שיש להם מחויבות כלפי אלה שהם רוצים לקבל מהם.

דו־שיח בין שני חברי קבוצה ימחיש את הנקודה. דרק, גבר בשנות הארבעים לחייו שסבל מחרדה ובידוד כרוניים והצטרף לאחרונה לקבוצה, תסכל והכעיס את חבריו לקבוצה כשביטל באופן עקיב את תגובות המשוב וגילויי האכפתיות שלהם. באחת

---

* ב־1973 הוקמה קבוצת התמיכה הראשונה לחולי סרטן מתקדם. האישה שיזמה את הקבוצה פתחה את הפגישה הראשונה בכך שחילקה את המשל הזה בין חברי הקבוצה. האישה הזאת (שכתבתי עליה במקום אחר, וקראתי לה פולה וסט; ראו א' יאלום 'אמא ומשמעות החיים') [תרגום: כרמית גיא, הוצאת כנרת, 2000], פעלה מן ההתחלה מתוך שיתוף פעולה צמוד אתי בתכנון הקבוצה מבחינה רעיונית וארגונית (ראו גם פרק 15). המשל שלה קלע למטרה, שכן רבים מהחברים הפיקו תועלת מרובה מן הגורם הטיפולי של זולתנות.

הפגישות שיתפה אותו קתי, אישה בת 35 עם דיכאון כרוני ובעיות סמים, בשיעור מאלף שהיא עברה בקבוצה. במשך חודשים היא הדפה את גילויי האהדה של שאר המשתתפים כלפיה מפני שהרגישה שאינה ראויה לכך. הדבר נמשך, עד שחבריה לקבוצה אמרו לה שגישתה פוגעת בהם. היא קיבלה החלטה מודעת להיות פתוחה יותר למתנות שמציעים לה, ועד מהרה גילתה להפתעתה שהיא מתחילה להרגיש הרבה יותר טוב. במילים אחרות, היא הפיקה תועלת לא רק מן התמיכה שהיא קיבלה, אלא גם מיכולתה לעזור לאחרים להרגיש שיש להם משהו בעל ערך להציע לה. היא קיוותה שדרך יוכל לאמץ משהו מן הגישה הזאת.

הזולתנות כגורם טיפולי תופסת מקום של כבוד גם בשיטות ריפוי אחרות. בתרבויות פרימיטיביות, למשל, נהוג לעתים לתת לאדם בעייתי או סובל משימה להכין סעודה גדולה או לבצע שירות כלשהו לקהילה.[56] לזולתנות יש תפקיד חשוב גם בתהליך הריפוי במקומות קדושים לנצרות הקתולית, כמו לורד, היכן שהחולים מתפללים לא רק למען עצמם, אלא גם למען זולתם. אנשים זקוקים להרגיש שהם נחוצים ומועילים. חברי 'אלכוהוליסטים אנונימיים' נוהגים להמשיך לשמור על קשר עם הקבוצה שנים אחרי שפרשו ונגמלו לחלוטין; חברים רבים, שסיפרו אינספור פעמים את סיפור הידרדרותם וחזרתם למוטב כמופת וכמקור השראה, ממשיכים ליהנות מן הסיפוק שבמתן עזרה לחבריהם המבקשים להיגמל.

קורה רבות שמועמדים לטיפול קבוצתי אינם מעריכים בתחילה את האפקט המרפא של חברי קבוצה אחרים. הם מתנגדים להצעה לעבור טיפול קבוצתי בטענות כמו 'איך העיוור יכול להוביל את הפיסח?' או 'מה אני כבר יכול לקבל מאנשים פגועים ומבולבלים כמוני? בסוף רק נגרור איש את אחיו למטה'. על התנגדות כזאת אפשר לעבוד דרך הארת השיפוטיות העצמית של המטופל. ככלל, אדם שנרתע מן האפשרות לקבל עזרה מחברי הקבוצה אומר למעשה, 'אין לי שום דבר בעל ערך להציע לאחרים'.

תועלת נוספת, סמויה יותר, גלומה במעשה הזולתני. מטופלים רבים שמתלוננים על חוסר משמעות שקועים בהתעסקות עצמית חולנית, שמקבלת צורה של פרשנות עצמית כפייתית או מאמץ קדחתני לממש את עצמם. אני מסכים עם ויקטור פרנקל שתחושת משמעות בחיים היא דבר הנובע מאליו, ואי־אפשר לייצר אותה באופן יזום: משמעות היא תופעה נגזרת שמתממשת כשאנחנו חורגים אל מעבר לעצמנו, כשאנו שוכחים את עצמנו תוך השקעת מרצנו במישהו (או משהו) מחוץ לעצמנו.[57] התמקדות במשמעות ובזולתנות היא מרכיב חשוב במיוחד בטיפול קבוצתי בחולים המתמודדים עם מחלות קטלניות כמו סרטן ואיידס.@[58]

שחזור מתקן של הקבוצה המשפחתית הראשונית

רוב רובם של המטופלים שמצטרפים לקבוצה – למעט כאלה הסובלים מהפרעת דחק בתר־חבלתית (PTSD – posttraumatic stress disorder) או לחץ רפואי או סביבתי

כלשהו – באים מרקע של התנסות בלתי מספקת בקבוצה הראשונה והחשובה ביותר בחייהם: המשפחה הראשונית. הקבוצה הטיפולית דומה למשפחה במובנים רבים: בשתיהן יש דמויות סמכות/הורים, חברים לקבוצה/אחים ואחיות, גילויים אישיים עמוקים, רגשות עזים, ואינטימיות עמוקה לצד רגשי עוינות ותחרותיות. למעשה, קבוצות טיפוליות מנוהלות לעתים קרובות על ידי צמד מטפלים, גבר ואישה, מתוך כוונה מודעת ליצור הדמיה הקרובה ככל האפשר למתכונת המשפחתית. אחרי שמתגברים על חוסר הנוחות הראשונית, במוקדם או במאוחר מגיע בהכרח שלב שחברי הקבוצה מתחילים להתייחס למנחים ולשאר החברים באופנים שמזכירים את הדרך שהתייחסו בעבר להורים ולאחאים.

אם מנחי הקבוצה נתפסים כדמויות הוריות, הם מעוררים התנהגויות הקשורות לדמויות הוריות/סמכותיות: מקצת החברים מפתחים תלות חסרת אונים במנחים, ומייחסים להם ידע וכוח בלתי מציאותיים. אחרים מתריסים בעיוורון נגד המנחים, שנתפסים בעיניהם כמגבילים ומשתלטים. אחרים מתייחסים למנחים בחשדנות ובחשש, מתוך אמונה שהם מנסים להפקיע מהם את עצמיותם. חברים אחרים עושים הכול כדי לפצל בין צמד המנחים בניסיון ליצור מחלוקת ויריבות המוכרת בין הורים. יש הנפתחים יותר כשאחד המנחים נעדר. יש כאלה המנהלים תחרות מרה עם שאר החברים, בתקווה לזכות בתשומת לב והתייחסות מצד המטפלים. חברים אחרים מתמלאים קנאה כשתשומת לבו של אחד המנחים מתמקדת באחרים. קורה גם שחברים משקיעים אנרגיה בחיפוש אחר בעלי ברית בין שאר החברים במגמה להפיל את המטפלים. עוד אחרים מזניחים את האינטרסים שלהם במאמץ זולתני לכאורה לְרַצות את המנחים ואת שאר החברים.

תופעות דומות מתרחשות, כמובן, גם בטיפול פרטני, אבל הקבוצה מספקת אפשרויות רבות ומגוונות לאין שיעור לשחזר מוטיבים מן העבר. באחת הקבוצות שהנחיתי הביעה חברה ושמה בטי, אחרי שישבה כמה פגישות בפנים חמוצים, את צערה על כך שהיא לא בטיפול של 'אחד על אחד'. היא טענה שהיא מרגישה חסומה מפני שהיא יודעת שהקבוצה אינה יכולה לספק את צרכיה. לדבריה, הייתה יכולה לדבר על עצמה בחופשיות בשיחה פרטית עם המטפל או עם כל אחד מחברי הקבוצה. בתשובה לשאלות נוספות, בניסיון לרדת לשורש הבעיה, הביעה בטי רוגז על כך שאחרים מועדפים על פניה בקבוצה. למשל, הקבוצה קידמה בשמחה חברה אחרת ששבה מחופשה, בעוד ששיבתה שלה מחופשה לא זכתה להתייחסות של ממש. נוסף על כך, חבר אחר בקבוצה זכה לשבחים כשנתן פרשנות חשובה, ואילו היא אמרה דברים דומים כמה שבועות קודם לכן ולא זכתה לתגובה. היא גם הבחינה בזמן האחרון בכעס שמתעורר בה בנוגע לחלוקת הזמן בין החברים בקבוצה: היא חסרת סבלנות כשהיא מחכה לקבל את רשות הדיבור, ומתרגזת כשתשומת הלב עוברת ממנה והלאה.

האם בטי צדקה? האם טיפול קבוצתי אינו סוג הטיפול המתאים לה? בפירוש לא! הביקורות האלה כשלעצמן – ששורשיהן מגיעים עד יחסיה המוקדמים עם אחיה

ואחיותיה — לא היו התנגדויות תקפות לטיפול קבוצתי. אדרבה: המתכונת הקבוצתית הייתה בעלת ערך מיוחד בשבילה, שכן היא אפשרה לקנאה שלה ולכמיהתה לתשומת לב לצוף ולעלות על פני השטח. בטיפול פרטני — שבו המטפל קשוב לכל מילה של המטופל, מתייחס לכל מצוקה שלו, והמטופל מצופה מעצם הגדרת המצב הטיפולי לעשות שימוש מלא בכל הזמן שמוקצב לו — היו הקונפליקטים המסוימים האלה עלולים לעלות בשלב הרבה יותר מאוחר בטיפול, אם בכלל.

הדבר החשוב הוא לא רק שקונפליקטים משפחתיים מוקדמים ייחוו מחדש, אלא שהמטופל יחווה אותם בצורה מתקנת. חשיפה מחודשת בלי תיקון רק מחמירה את המצב עוד יותר. אין לאפשר לדפוסי יחסים מעכבי צמיחה לקפוא לכדי מערכת נוקשה ומאובנת, בלתי חדירה, מהסוג המאפיין מערכות משפחתיות רבות. במקום זה יש לחקור ולאתגר בהתמדה תפקידים מקובעים, ולגבש כללי יסוד המעודדים חקירת קשרים ובחינת התנהגות חדשה. לגבי מטופלים רבים, ליבון בעיות עם המטפל ועם שאר החברים הוא למעשה עבודה על קונפליקטים בלתי פתורים מן העבר הרחוק. (עד כמה העבודה על העבר צריכה להיות גלויה ומפורשת, זאת סוגיה מורכבת ושנויה במחלוקת, שאתייחס אליה בפרק 5).

פיתוח טכניקות חברות

למידה חברתית — פיתוח כשרים חברתיים בסיסיים — היא גורם טיפולי הפועל בכל קבוצה טיפולית, אם כי אופי הכשרים הנלמדים והמידה שבה התהליך גלוי ומפורש או סמוי ותת־קרקעי משתנים במידה רבה בהתאם לסוג הטיפול הקבוצתי. בקבוצות המכינות חולים מאושפזים לשחרור מבית החולים או בקבוצות למתבגרים, למשל, יכול להיות דגש מוצהר על פיתוח כשרים חברתיים, והכנה של חברי הקבוצה באמצעות משחק תפקידים למצבי חיים עתידיים, כמו פנייה למעביד להתקבל לעבודה או הצעה לצאת לבילוי זוגי.

בקבוצות אחרות הלמידה החברתית ישירה פחות. חברי קבוצות טיפול דינמיות, שכללי היסוד שלהן מעודדים משוב פתוח, עשויים לקבל מידע רב ונרחב על התנהגות חברתית לקויה. חבר עשוי ללמוד, למשל, על נטייתו המטרידה להימנע מקשר עין עם בן שיחו; על רשמיהם של חבריו ביחס לעמדתו המתנשאת, היהירה; או על מגוון הרגלים חברתיים אחרים, הפוגמים בלי ידיעתו בקשריו החברתיים. לחברים שאין להם קשרים אינטימיים, הקבוצה משמשת לעתים הזדמנות ראשונה למשוב בין־אישי מדויק. רבים מתלוננים על בדידות תהומית. טיפול קבוצתי מספק הזדמנות עשירה ללמוד כיצד הם תורמים בעצמם לבידודם ולבדידותם.[59]

לדוגמה, איש אחד, שהיה ער במשך שנים לכך שאנשים נמנעים ממגע חברתי אתו, גילה בטיפול הקבוצתי שנטייתו הכפייתית להיכנס בשיחותיו עם אנשים לפרטים טפלים שלא שייכים לעניין גורמת להם להתרחק או להימנע ממנו. שנים אחר כך הוא סיפר לי

שאחד האירועים החשובים בחייו היה כשחבר בקבוצה (שאת שמו הוא שכח מזמן) אמר לו, 'כשאתה מדבר על רגשותיך, אני מחבב אותך ורוצה להתקרב; אבל כשאתה מתחיל להיכנס לעובדות ופרטים, אני רוצה רק להסתלק מהחדר!'

אין לי כוונה לפשט את הדברים יתר על המידה; טיפול הוא תהליך מורכב, שכרוך בהרבה יותר מהכרה פשוטה ושינוי מודע ומכוון של התנהגות חברתית. אבל כמו שאראה בפרק 3, הרווחים האלה הם יותר מתופעות שוליים; במקרים רבים הם חשובים מאוד ומרכזיים בשלבים הראשונים של השינוי הטיפולי. הם מאפשרים למטופלים להבין שיש פער ענק בין כוונתם לבין הרושם האמתי שהם עושים על זולתם.

לעתים קרובות קורה שחברים ותיקים בטיפול קבוצתי רוכשים כשרים חברתיים מתקדמים ומתוחכמים ביותר: הם קשובים לתהליך (ראו פרק 6); הם למדו להגיב לאחרים באופן מועיל; הם פיתחו שיטות ליישוב קונפליקטים; הם נוטים פחות לשפוט ומסוגלים יותר לחוות ולבטא אמפתיה מדויקת. כשרים אלה עתידים בהכרח לשרת אותם ולהועיל להם במגעיהם החברתיים בעתיד, ואלה אבני היסוד של אינטליגנציה רגשית.[60]

חיקוי

תופעה שכיחה ומוכרת בטיפול פרטני היא שמטופלים מתחילים עם הזמן לשבת, ללכת, לדבר ואפילו לחשוב כמו המטפלים שלהם. יש ראיות רבות לכך שגם בטיפול קבוצתי המטפל משפיע על דפוסי התקשורת בקבוצה בכך שהוא משמש מודל להתנהגויות מסוימות, כמו למשל חשיפה עצמית או תמיכה.[61] תהליך החיקוי בין חברי הקבוצה מפוזר יותר: חברים מסגלים לעצמם היבטים מהתנהגותם של חברי קבוצה אחרים נוסף על המטפל.[62] חברי קבוצה לומדים מצפייה בחבריהם כיצד להתמודד עם בעיות שונות. זה יכול להיות בולט במיוחד בקבוצות הומוגניות המתמקדות בבעיות משותפות — למשל, קבוצה קוגניטיבית־התנהגותית שמלמדת מטופלים פסיכוטיים אסטרטגיות להפחתת עצמתן של הזיות שמיעתיות.[63]

קשה לאמוד את חשיבות החיקוי בתהליך הטיפולי, אך ממחקרים פסיכו־חברתיים עולה שמטפלים המעיטו כפי הנראה מערכו. בנדורה, שטען מזמן שאי־אפשר להסביר למידה חברתית באופן מלא על בסיס של חיזוק ישיר, המחיש בניסויים את כוחו של החיקוי כגורם טיפולי יעיל.[64]@ בטיפול קבוצתי קורה לא אחת שחבר מפיק תועלת מצפייה בתהליך הטיפולי של חבר אחר עם מערך בעיות דומה — תופעה שנהוג לכנותה טיפול עקיף (vicarious therapy), המתחולל באמצעות צפייה מן הצד.[65]

חיקוי ממלא ככלל תפקיד חשוב יותר בשלבים המוקדמים של הקבוצה, כשחברים מזדהים עם חברים ותיקים ובכירים יותר, או עם המטפל.[66] אפילו אם החיקוי הוא כשלעצמו קצר מועד, הוא עשוי לסייע להפשיר את המטופל מספיק כדי להתנסות בהתנהגות חדשה, שעשויה מצדה לשמש פתח לתהליך הסתגלותי (ראו פרק 4).

למעשה, קורה לא מעט במשך כל תקופת הטיפול הקבוצתי שמטופלים 'מנסים על עצמם' היבטים ותכונות של אנשים אחרים, כמו מישהו שמודד בגד חדש, ואחר כך משליך אותו כשהבגד כבר לא הולם אותו. לתהליך זה יכולה להיות השפעה טיפולית ממשית: לגלות מה אתה לא – זו התקדמות בדרך לגילוי עצמך.

פרק 2

למידה בין־אישית

למידה בין־אישית, כפי שאני מגדיר אותה, היא גורם טיפולי רחב ומורכב. זאת המקבילה של גורמים טיפוליים חשובים בטיפול פרטני, כמו תובנה, עבודה על העברה, וחוויה רגשית מתקנת. אבל יש בה גם תהליכים ייחודיים להקשר הקבוצתי, המתהווים רק מכוח עבודה מוגדרת מצד המטפל. על מנת להגדיר את המושג למידה בין־אישית ולתאר את המנגנון שבאמצעותו היא מקדמת שינוי אצל המטופל, עליי לדון תחילה בשלושה מושגים אחרים:

1. חשיבותם של קשרים בין־אישיים.
2. החוויה הרגשית המתקנת.
3. הקבוצה כמיקרוקוסמוס חברתי.

חשיבותם של קשרים בין־אישיים

מכל נקודת מבט שנבחן את החברה האנושית – בין שאנו סוקרים את תולדות ההתפתחות הרחבה של האנושות ובין שאנו בוחנים את התפתחותו של היחיד – יהיה עלינו בהכרח לראות את האדם במסגרת מערך הקשרים הבין־אישיים שלו. נתונים משכנעים ממחקרים על פרימטים (קופי אדם), תרבויות אנושיות פרימיטיביות וחברות בנות זמננו מלמדים שבני אדם חיו תמיד בקבוצות שהתאפיינו בקשרים אמיצים ובני קיימא בין חבריהן, וכי הצורך להשתייך הוא מניע חזק, בסיסי וחובק־כול.[1] אין ספק שמשויכות בין־אישית היא גורם הסתגלותי במובן אבולוציוני: ללא קשרים בין־אישיים עמוקים, חיוביים והדדיים לא הייתה מתאפשרת הישרדות האדם כיחיד והמין האנושי כולו.

ג'ון בולבי (Bowlby) הסיק ממחקריו על הקשר המוקדם בין האם לילד שהתקשרות רגשית איננה רק גורם הכרחי להישרדות, אלא מרכיב גרעיני, מושרש ומובנה גנטית.[2] אם מפרידים בין אם לתינוקה, שניהם חווים חרדה עזה בחיפוש אחר האובייקט האבוד. אם ההפרדה מתמשכת, ההשלכות על התינוק יהיו עמוקות. ויניקוט העיר באותו הקשר